Aus dem Gerichtlich-Medizinischen Institut
der Universität München
Vorstand: Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Merkel.

Gesichtspunkte für die Begutachtung fraglicher Selbstmordfälle mit Einschuß im Bereich der hinteren Schädelhälfte

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Ludwigs-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Negele Stephan aus Augsburg.

Druck von P. Halbig, Würzburg
Ecke Kroaten-Theresienstraße.
1938

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Merkel.

R UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548311_0141

Die Zahl der Selbstmorde in Deutschland ist nach dem Kriege allgemein gestiegen. Auch der Unterschied zwischen der von jeher höheren männlichen und niedrigeren weiblichen Selbstmordziffer ist geringer geworden. Dies geht eindeutig aus folgender Statistik hervor. (Aus der Statistik des deutschen Reiches, Bd. 316, Seite 34, Berlin 1926, Verlag von Reimar Hobbing in Berlin SW 61.)

Zahl der Selbstmörder im deutschen Reich:

Im Jahre	männliche	weibliche	zusammen
1913	11 596	3968	15 564
1915	7 560	3700	11 260
1920	8 690	4682	13 372
1925[1]	10 982	4291	15 273
1926	11 846	4634	16 480
1927	11 327	4647	15 974
1928	11 239	4797	16 036
1929	11 836	4829	16 665
1930	12 672	5208	17 880
1931	13 134	5491	18 625
1932[2]	13 116	5818	18 934
1933	13 104	5619	18 723

Die Ursache für die Zunahme des Selbstmordes beim weiblichen Geschlecht ist wohl in der moderneren Einstellung der Frau und ihrer zunehmenden Eingliederung in das Erwerbsleben begründet.

Unter den verschiedenen Selbstmordarten steht bemerkenswerterweise die durch Erschießen mit an vorderster Stelle. Besonders bei Männern wird sie bevorzugt. (Vierteljahresschrift f. d. ger. Med., 3. Folge, Supplementband 19, Seite 114.) Ö t t i n g e n sucht die Erklärung darin, daß die Schußwaffe der Tat einen „nobleren Anstrich" verleihe. Wichtiger erscheint mir

[1] Entnommen aus Statistik des deutschen Reiches, Bd. 441, die Bewegung der Bevölkerung 1931, Seite 105. Verlag von Reimar Hobbing GmbH in Berlin SW 61, Berlin 1934. [2] Von hier ab entnommen aus Wirtschaft und Statistik, herausgegeben vom stat. Reichsamt 15. Jahrg. 1935, Seite 890—891. Berlin, Verlag für Sozialpolitik, Wirtschaft und Statistik GmbH.

die Tatsache, daß die Handfeuerwaffen nach dem Kriege Eingang in immer weitere Volkskreise gefunden haben, da das allgemeine Bestreben der letzten Jahre dahin ging, die mangelnde persönliche Sicherheit durch Beschaffung handlicher Feuerwaffen zu ergänzen. Die Frauen dagegen wählen lieber den Tod durch Ertrinken oder Vergiften (besonders mit CO). Dies findet wohl darin seine Erklärung, daß die Frauen mit der Handhabung der Waffen nicht so vertraut sind wie die Männer, außerdem erfordert das Erschießen eine erhebliche Kaltblütigkeit und Mut, die der Gemütsart der Frau nicht so ganz entspricht.

Für die Wahl einer Schußwaffe zum Selbstmord ist der zufällige Besitz und der berufliche Umgang mit denselben als wesentliches Moment anzusehen.

Als Einschußstelle kommt bei Selbstmord hauptsächlich die Herzgegend oder der Schädel in Betracht (Lehrbuch Haberda, 1927, Seite 505). Letzterer fast doppelt so oft als das Herz (Archiv Kriminal., Band 96, Seite 156). Denn die Furcht vor einem schlecht gezielten Schuß ohne tödliche Wirkung läßt dem Selbstmörder den Einschuß in den Schädel günstiger erscheinen, da dem Laien die Lage des Herzens meist doch nicht genau genug bekannt ist. Schon des öfteren haben Sektionen bewiesen, daß die aufs Herz abgefeuerte Kugel schlecht gezielt war, ja sogar oft ihr Ziel überhaupt nicht traf und erst ein zweiter oder mehrere folgende Schüsse — meist dann in den Schädel — das gewünschte Vorhaben erreichen ließen. Der Schädel hingegen mag wohl deswegen dem Laien als ein besseres Ziel erscheinen, weil er annimmt, daß man da am sichersten durch alsbaldigen Tod seine Absicht erreicht. Diese Einstellung illustriert u. a. besonders deutlich ein von Coutagne (Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1884) begutachteter Selbstmordfall, der dazu im Rahmen dieser Arbeit noch wegen seiner eigentümlichen Einschußlage interessant ist:

Es wurde ein Mann in seinem Zimmer tot aufgefunden, nachdem man kurz vorher vier Schüsse und dreiviertel Stunden später nochmals einen Schuß hatte fallen hören. Neben der Leiche lag ein kleiner Revolver. Die Einschüsse wiesen sämtlich deutliche Nahschußzeichen auf. Drei fanden sich im Kopf und einer in der Herzgegend. Der letztere war ein Durchschuß von links nach rechts, der aber kein wichtiges Organ verletzt hatte; er dürfte wahrscheinlich der erste gewesen sein und den Selbstmörder veranlaßt haben, die übrigen Schüsse auf den Schädel

abzufeuern. Als zweiter Schuß kam offenbar einer mit einer kleinen Einschußöffnung unter dem linken Warzenfortsatz in Frage. Der Schußkanal durchsetzte hierbei die Pharynxwand und endete am rechten Unterkieferast, der frakturiert war. Der dritte Schuß verlief unmittelbar über dem zweiten bis zum linken Warzenfortsatz, während der vierte von der rechten Schläfe aus quer durch die Basis beider Stirnlappen verlief. Die deutlichen Nahschußzeichen, weiterhin die Lage des Revolvers neben der Leiche und die Tatsache, daß niemand inzwischen in das Zimmer gekommen war, stellten den Selbstmord außer Zweifel. Es sprach noch dafür, daß der Tote den vierten Schuß mit der Rechten abgegeben hatte. Er war nämlich — wie Coutagne mitteilt — Ambidexter gewesen.

Auch Hildebrand (Lehrb. f. ger. Medizin 1932, Seite 54) berichtet, er habe es ein paarmal erlebt, daß Selbstmörder sich einen Schuß beibrachten, wo sie das Herz schlagen fühlten. Sie schossen aber gerade unter der Herzspitze oder links neben derselben vorbei und trafen nur die Lunge. Dies rührt davon her, daß beim Abziehen mit dem rechten Zeigefinger die Laufrichtung nach links hinten außen geht!

Von den Schädelschüssen gilt wiederum ein Schläfenschuß unter dem Volke als eine besonders gefährliche Schußverletzung; daher beobachten wir sie auch weitaus am häufigsten. Ihnen folgen allmählich abnehmend an Häufigkeit die Einschüsse in Stirne, Mund und Ohr. (Lehrbuch f. ger. Med. Hildebrand 1932, Viertelj. Sch. f. d. ger. Medizin, 3. Folge, Supplementband 19.) Diese Stellen sind zweifellos für das Anlegen der Waffe besonders gut geeignet, da sie an der Vorderseite des Körpers gelegen und für die rechte Schußhand leicht erreichbar sind. Kein Wunder, daß solche Lokalisationsbefunde bei sonst unverdächtigen Umständen und insbesondere, wenn deutliche Nahschußzeichen vorhanden sind, als für Selbstmord typisch angesprochen werden.

Nun gibt es aber auch Fälle, wo die Einschußstelle an schlechter zugänglichen Schädelregionen sich befindet; dadurch entsteht ein für Selbstmord ganz ungewöhnlicher Schußbefund und man wird allzuleicht, aber mit Recht, dazu verleitet, auf das Einwirken einer fremden Person zu schließen, wenn nicht gerade zwingende Gründe zu einer anderen Auffassung drängen, zumal dann, wenn der Tod bereits eingetreten ist und dem ärztlichen Gutachter keinerlei Erhebungen seitens der Polizei zur Verfügung stehen.

Diese Fälle haben naturgemäß schon frühzeitig das Interesse der gerichtlichen Mediziner auf sich gelenkt.

Was nun die Einschüsse an diesen Stellen betrifft, so ist aus den Statistiken, die später angeführt werden, festzustellen, daß die Häufigkeit ebenfalls in einer gewissen Gesetzmäßigkeit regionär am Schädel schwankt. Relativ häufig sind noch Einschüsse an der Grenzregion, d. h. knapp vor und über dem Ohr und auf der vorderen Hälfte des Scheitelbeines, sowie in einen der Gehörgänge hinein. Einschüsse im Bereich der hinteren Schädelhälfte — wobei als anatomische Scheidung zwischen vorderer und hinterer Schädelhälfte die Verbindungslinie von einem Gehörgang zum anderen senkrecht auf der sog. „Frankfurter — Horizontalen (Margo infraorb. — Porus acust. ext.)" angesehen wird, — sind schon viel seltener. Je weiter sie vom Gehörgang nach hinten entfernt sind, um so seltener werden sie beobachtet.

Es soll diese Arbeit eine Zusammenstellung von Selbstmordfällen mit Einschuß im Bereich der hinteren Schädelhälfte bringen und alle Gesichtspunkte, die hierbei von Bedeutung sind, sollen eine eingehende kritische Beurteilung erfahren.

Im Jahre 1871 hat Maschka zum ersten Male einen Selbstmord mit Einschuß ins Hinterhauptbein beschrieben und dabei den Satz aufgestellt, daß die Eingangsstellen der Kugel bei Selbstmord stets so gelagert sein müßten, daß der Täter selbst die Waffe an den Schädel anlegen konnte. 34 Jahre später hat Haberda (Vierteljahresschrift f. d. ger. Med., Band 5, S. 221) in seiner Abhandlung „Über atypische Einschußöffnung bei Selbstmord durch Schuß in den Kopf" nachgewiesen, . . „daß es neben den für Selbstmord charakteristischen Stellen am Schädel keine gibt, die nicht schon Selbstmörder zum Einschuß benutzt hätten . . .". Schießversuche ergaben, daß am Schädel das Anlegen der Waffe überall leicht gelingt, besonders für den, der im Gebrauch von Waffen etwas Geschicklichkeit zeigt. Außerdem besteht ja noch die Möglichkeit einer ausgiebigen Drehung des Kopfes nach der Seite und nach vorne — wenigstens bis zu einem gewissen Lebensalter —, was sicherlich die Einschüsse ins Hinterhauptbein wesentlich erleichtert. Daraus ergibt sich, daß bei Vorliegen eines Hinterhauptschusses stets wenigstens in zweiter Linie auch die Frage einer Tötung durch eigene Hand mit zu prüfen ist!

Wie schon erwähnt, sind solche Selbstmordfälle nicht allzu häufig. Ihre Seltenheit sei kurz an Hand der Statistiken von Wendel (Viertelj. Sch. f. d. ger. Med., Band 39, Seite 306), Schäfer (Viertelj. Sch. f. d. ger. Med., Suppl.-Band 19, S. 63), Brun (P. v. Bruns Beiträge z. kl. Chir., Band 38, Seite 192, herausgegeben im März 1903) und Bestelmeyer (P. v. Bruns Beitr. z. kl. Chir., Band 55, Seite 637, herausgegeben im Oktober 1907) dargelegt. Da neuere Statistiken nicht aufzufinden sind, so seien im Anschluß daran die diesbezüglichen Fälle vom Jahre 1911 mit April 1937 aus dem hiesigen Gerichtlich-med. Institut, das über ein reichliches Sektionsmaterial verfügt, angeführt.

Wendel brachte in einer Zusammenstellung folgende Zahlenverhältnisse in Bezug auf die Einschußstellen bei 34 Selbstmördern:

26 Schüsse trafen die Schläfen, 8 die Stirne. Bemerkenswert ist hier, daß sich unter Wendels 34 Fällen kein einziger Hinterschädelschuß befand. Schäfer bringt in seiner Abhandlung Selbstmordfälle, die sich im Zeitraum von vier Jahren in der Preußisch-Sächsisch-Wüttembergischen Armee ereignet hatten. Es kamen insgesamt 16 Stirnschüsse, 9 in die Ohrgegend und einer auf der Höhe des Scheitelbeins zur Beobachtung. Da eine genaue Angabe der Lage hier nicht gegeben ist, so läßt sich von den Schüssen in die „Ohrgegend" keine nähere Zahl angeben, wieviel nach der oben gegebenen Abgrenzungslinie davon zum Hinterhaupt gehörten; auch hier finden wir keinen Schuß direkt ins Hinterhauptbein. Von den von Brun angeführten Fällen, die sich innerhalb zwanzig Jahren (1881—1901) ereigneten, fanden sich 18 Schläfenschüsse, 9 Stirnschüsse und einer, wo der Revolver in der rechten Occipido-Temporalgegend angelegt wurde. Dieser letztere Fall zeigte keinen tödlichen Ausgang. Bestelmeyer fand unter 64 Selbstmordfällen neben 5 Einschüssen in die regio parietalis doch einen in die regio occipitalis. Auch hier ist wiederum die Angabe „regio parietalis" zu allgemein, als daß sie für Hinterschädelschüsse ausgewertet werden könnte.

Im Ger.-med. Institut zu München wurden vom Jahre 1911 mit April 1937 insgesamt 140 Schädelschüsse beobachtet; davon waren 59 einwandfrei als Selbstmord festgestellt. Unter diesen 59 Selbstmordfällen fanden sich 6 mit Einschuß in die hintere Schädelhälfte. Darunter war einer mit mehrfacher Einschußöffnung. Von den übrigen vieren trafen zwei die Gegend hinter

und oberhalb des Ohres, einer das tuber parietale und einer das Hinterhauptbein. Bei zwei weiteren Fällen war eine sichere Diagnose nicht zu stellen.

Außerdem finden sich noch einzelne Veröffentlichungen von interessanten Fällen ähnlicher Einschußart, mitgeteilt von verschiedenen Ger.-med. Instituten und ferner aus gerichtsärztlicher Praxis — von Fällen, die durch besonders komplizierte Tatumstände lehrreich sind und daher spezielles Vorgehen zu ihrer Lösung erheischten. Durch sie soll immer wieder dargetan werden, wie schwer sich hier die Differential-Diagnose gestalten kann und wie notwendig es ist, immer neue Erfahrungen zu sammeln, um sie mit Vorteil bei anderen ähnlich gelagerten Fällen zu verwenden.

Stellt oft schon die Unterscheidung von Selbstmord und Tötung durch fremde Hand bei typisch gelagerter Einschußöffnung erhebliche Anforderungen an das Können des Gerichtsarztes, so ist dies erst recht begreiflich bei Hinterhauptschüssen. Aber gerade hier ist es unbedingt nötig, Klarheit zu schaffen und entgegen der Behauptung eines fremden Verschuldens (Raubmord, Tötung durch Fahrlässigkeit etc.) seitens der Staatsanwaltschaft oder der Hinterbliebenen einen Selbstmord einwandfrei sicher zu stellen. Die Angehörigen suchen meist schon aus äußeren Gründen den wirklichen Sachverhalt einer Selbsttötung zu verschleiern. Die Unfallversicherungsgesellschaften haben größtes Interesse daran, diese zweifelhaften Todesfälle zu klären, da bekanntlich immer wieder vereinzelt Fälle vorgekommen sind, wo sich Leute durch Vortäuschen eines Raubmordes oder eines Unfalls sehr beträchtliche Versicherungssummen für ihre Hinterbliebenen zu erschwindeln versuchten. (Versicherungsbetrug.) Meist handelt es sich um Menschen, die allmählich in mißliche wirtschaftliche Verhältnisse geraten waren, und die sich auf Leben und Unfall hoch versichert hatten. Um nun ihre Angehörigen aus dieser mißlichen wirtschaftlichen Lage zu befreien, begehen sie diese — man darf wohl sagen — heroische Tat. Sie führen dies natürlich in einer Weise aus, daß der Anschein einer Tötung durch dritte Hand oder eines Schusses durch Unglücksfall erweckt werden soll. Solche Fälle betreffen zuweilen eben Schüsse in den Hinterhauptschädel. Denn allgemein verbreitet ist die Meinung, daß bei Einschuß in das Hinterhaupt nur ein Mord in Frage kommen kann und die Annahme eines Selbstmordes dabei von vornherein wegen der Lage des Einschusses ausgeschlossen sei.

Daraus ergibt sich für den gerichtlich-medizinisch tätigen Arzt in der Zusammenarbeit mit der Kriminalpolizei eine überaus verantwortungsvolle Tätigkeit im Dienste der öffentlichen Rechtspflege. Denn gerade ihm ist durch die gerichtliche Sektion, die in allen Fällen, wo die Todesursache nicht restlos geklärt werden kann oder wo dringender Verdacht auf fremde Täterschaft vorliegt, angeordnet wird, die Aufgabe gestellt, auf Grund seiner kriminalistischen Erfahrungen zur Analyse des Tatbestandes beizutragen. (Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik, Merkel und Walcher.)

Es erhebt sich also zunächst die Frage, worauf stützt sich die Differentialdiagnose zwischen Selbstmord, tödlichen Verunglückungen oder Tötung durch fremde Hand bei der Sektion überhaupt und zumal bei solchen am Hinterhauptschädel lokalisierten Schüssen?

Vor der Beantwortung dieser Frage sei zunächst vorausgeschickt, daß es gar nicht verfehlt ist, bei Hinterschädelschüssen solange einen Mord, d. h. Tötung durch dritte Hand anzunehmen, bis sich wichtige Beweispunkte für einen Selbstmord ergeben. Damit ist auch andererseits hervorgehoben, daß die Möglichkeit eines Selbstmordes nie ganz von der Hand zu weisen ist; denn es ist eine altbekannte Tatsache, daß Dinge, an die man zunächst gar nicht denkt, allzu leicht übersehen werden. Solche Beobachtungsfehler müssen sich natürlich bei der späteren Begutachtung unangenehm auswirken. Daher ist eine peinlich genaue Sektion zu fordern, die jedes Moment, das für Mord oder Selbstmord spricht, schon von vorneherein eingehend würdigt. Eine Entnahme und weitere Untersuchung von Leichenteilen ist besonders da angezeigt, wo die makroskopische Betrachtung sichere Schlüsse nicht zuläßt.

Ein sehr wichtiges Kriterium für Leichenschau und Sektion bildet zunächst der Nachweis von Nahschußspuren am Körper des Getöteten. Als Nahschüsse bezeichnen wir solche Schußverletzungen, an deren Einschußöffnung noch die Wirkung der Pulverexplosion zu beobachten ist. Bei einem absoluten Nahschuß ist die Waffe entweder direkt auf die Haut aufgesetzt oder doch nur bis höchstens einen halben Zentimeter davon entfernt, während wir noch solange von einem relativen Nahschuß sprechen, als sich um die Einschußwunde herum noch irgendwelche Anzeichen von Pulverteilchen finden.

Die Nahschußbefunde sind weitgehend von der Art der verwendeten Waffe abhängig. Bei Gewehrschüssen, wie sie bei

Selbstmord von Soldaten oder bei Jagdunfall und dergleichen vorkommen, bleibt es meist nicht bei einem bloßen Durchschuß mit deutlichen Nahschußzeichen, sondern wir sehen hier meist eine ungeheure Sprengwirkung auf die Schädelknochen und auf das Gehirn (sogen. K r ö n l e i n ' scher Kalottenschuß).

Von den Nahschußzeichen an der Einschußstelle sind zu nennen: Verbrennung der Haut und der Kleidung und Versengung der Haare, die aber nur bei S c h w a r z p u l v e r, also bei größerer Mündungsflamme zu beobachten ist. Eine derartige Wirkung ist bei T r o m m e l r e v o l v e r n mit sieben bis neun mm Bleikugelkaliber noch bis zu 12—20 cm Abstand zu beobachten, wir finden sie also nicht nur bei a b s o l u t e n Nahschüssen! Für die Intensität dieser Erscheinungen spielt aber nicht nur der Mündungsabstand der Waffe von der Haut eine Rolle, sondern auch die Konstruktion der Waffe, da erstens Flammenwirkung nur bei Trommelrevolvern auftritt und zweitens nur bei Schwarzpulvermunition eintritt — je größer das Kaliber umso intensiver! Vom Mündungsabstand kann sich der Gerichtsarzt noch dann überzeugen, wenn die Waffe am Tatort vorhanden war. Er kann nämlich Schießversuche machen und in jedem Falle nachprüfen, bei welchem Abstand diese Nahschußzeichen denen an der Leiche gleichen und ob es dann noch möglich war aus dieser Entfernung sich mit einiger Sicherheit einen Schuß in die hintere Schädelhälfte beizubringen. Bei einem Steckschuß kann er aus der Größe und Form des Projektils auf die Waffe schließen. Weiterhin beobachtet man bei Verwendung von Trommelrevolvern Einsprengung von teilweise oder ganz verbrannten Pulverteilchen in und um die Wunde, je nachdem die Waffe aufgesetzt war oder nicht. Eine stärkere Beschmierung der Schußwunde mit Blut kann diesen so wichtigen absoluten Nahschußbefund freilich verdecken, es ist daher in solchen Fällen eigens darnach zu suchen, d. h. die Blutkrusten sind sorgfältig aufzuweichen und abzuwaschen. Bei festem Anpressen der Mündung an die Haut wird auch bei Schwarzpulvermunition keine Einstreuung dieser Partikelchen um die Wunde herum wahrgenommen werden können, wohl aber können Pulverrückstände in der mehrzackig zerrissenen Wunde und im Schußkanal zu finden sein. Bei Trommelrevolvern, die mit Nitromunition geladen werden, vermissen wir diese charakteristischen Nahschußbefunde an der Einschußstelle, weil hier rauchschwaches Pulver verwendet wird, das sich durch vollständigere Verbrennung auszeichnet.

Da mit dem Aufkommen der moderneren Waffen jene sinnfälligen Ein- und Ausschußzeichen, die für die alten Revolver so bezeichnend waren, sehr an praktischer Bedeutung verloren haben, so sind wir gezwungen, feinere Untersuchungsmethoden zu Hilfe zu nehmen. Das rauchschwache Pulver, das bei den modernen Selbstladepistolen Anwendung findet, zeichnet sich durch vollständigere Verbrennung und durch ganz kurze wirkungslose Mündungsflamme aus. Höchstens bei Lupenbetrachtung sind Pulverteilchen in ganz geringer Menge nachweisbar. Nippe (D. Zeitschrift f. d. ges. ger. Med., Band 23, Seite 289) empfiehlt, die Haut um den Einschuß herum mikroskopisch an Reihenschnitten zu untersuchen, wobei man bei Schwarzpulver koksähnliche schwarze Körnchen zu sehen bekommt. Aber auch eingesprengte intakte sowie auch mehr oder weniger verbrannte Nitropulverplättchen, die sich gelblich abheben, können dabei leicht gefunden werden. Fernerhin sind Eisenteilchen in der Umgebung der Schußwunde und in derselben als Nahschußzeichen zu verwerten. Denn der Gasstrahl trägt die Teilchen, die während des Schusses der harte Mantel des Geschosses vom Lauf ablöst, in die Wunde. Ihr Nachweis geschieht durch die gebräuchlichen Färbemethoden. (Berlinerblaureaktion.)

Die Lage der Einschußöffnung läßt sich ebenfalls bei der Entscheidung ob Selbstmord oder Tötung durch dritte Hand verwerten. Die Stelle, gegen welche die Selbstmörder gewöhnlich die Schußwaffe richten, ist meistens die Schläfengegend, in zweiter Linie erst Mund und Stirne. Nur extrem selten wählen sie den Hinterkopf als Einschußstelle. Die Richtung des Schußkanales ist dabei abhängig von der Rechts- oder Linkshändigkeit und ferner davon, ob mit dem Zeigefinger oder mit dem Daumen abgezogen wird.

Eine ausschlaggebende Bedeutung haben alle die von Ell (Inaug.-Diss. München 1934) eingehend beschriebenen Feststellungsmöglichkeiten an den Händen des Getöteten erlangt, die beweisen, daß die eigene Hand die Schußwaffe abdrückte (Schußhand) oder den Lauf an die Einschußstelle preßte (Haltehand), weil sie allein aus dieser Tatsache heraus mit Sicherheit eine exakte Selbstmorddiagnose gestatten und Tötung durch fremde Hand ausschließen. Nicht allzu selten beobachten wir bei Trommelrevolvern eine Schwärzung der Daumen-Zeigefingerspalte oder des Zeigefingers allein — je nachdem mit dem Daumen oder dem Zeigefinger abgezogen wurde. Entgegen der früheren Annahme, daß diese Schwärzung durch zu

großen Spalt zwischen der Trommel und dem Lauf bei Revolvern hervorgerufen sei, konnte Müller (Deutsche Zeitschrift f. d. ges. ger. Med., Band 27, Seite 150, 1936) durch interessante Versuche zeigen, daß es bei der Entstehung von Pulverschmauch an der Schußhand wahrscheinlich weniger auf den äußeren sichtbaren Spalt zwischen Trommel und anliegenden Teilen der Waffe, als auf eine exakte Anpassung der Bohrung des Revolvers an die Gestalt der Patronenhülse ankommt, insbesondere auf das Vorhandensein eines besonderen Lagers für den Fuß der Patronenhülse. Eine Verletzung der Daumen-Zeigefingerfalte an der Schußhand kann durch den Konstruktionsmechanismus bei den modernen Selbstladepistolen bedingt sein: bei letzteren wird ja die Gewalt der Explosionsgase dazu benutzt, um die Pistole nach dem jeweils erfolgten Schuß wieder frisch zu laden. Die Gase reißen nämlich den Pistolenschlitten zurück, die Hülse wird ausgeworfen und gleichzeitig wird vom Magazin aus eine neue Kugel in den Lauf geschoben. Bevor nun der Schlitten wieder in seine Ausgangsstellung zurückkehrt, wird zuweilen, wenn die Pistole zu knapp gefaßt wird, die Daumen-Zeigefingerfalte eingeklemmt und es entstehen dann zwei kleine Hautquetschwunden in einem Abstand, der der Schlittenbreite entspricht. Bedeutung können ferner noch Rostspuren erlangen, die durch die blanken Teile der Waffe auf der Haut verursacht werden, wenn die Leiche längere Zeit im Feuchten lag. Durch die Sprengwirkung bei aufgesetzter Waffe ist es zu erklären, daß häufiger an die Haltehand als an die Schußhand Gehirnteilchen, Blutspritzer und Knochenteilchen geschleudert werden. Auch Rauchspuren und Verbrennungen können an der Haltehand vorkommen, besonders dann, wenn die Waffe zu nahe der Laufmündung gehalten wurde.

Während aus den eben genannten Feststellungen an den Händen mit Sicherheit Selbstmord diagnostiziert werden kann, erlaubt der Nachweis von Nahschußzeichen an der Einschußstelle dagegen zunächst nur die Aussage, daß der Schuß entweder aufgesetzt oder aus kürzester Entfernung abgegeben wurde. Freilich handelt es sich auch bei Selbstmord in der Regel um absolute oder annähernd absolute Nahschüsse. Diese Forderung muß ganz besonders bei Schüssen in ungewöhnliche Schädelregionen erfüllt sein, weil sich sonst die Waffe nicht zielsicher abfeuern läßt. Das gleiche anatomische Bild wird der Obduzent aber auch sehen, wenn zum Beispiel ein Mord durch Erschießen in wehrlosem Zustande oder bei Bewußtlosigkeit oder mit Einwilligung des Getöteten verübt worden war oder ein Unfall

durch dissimulierte Fahrlässigkeit vorgetäuscht wurde. Hier kann die Diagnose durch eine sorgfältige Aufnahme des Tatortbefundes, die mit dem Sektionsergebnis in Einklang zu bringen ist, wesentlich erleichtert werden. Außerdem dürfen die psychologischen Beweggründe zur Ausführung der Tat nie unbeachtet bleiben, ja sie geben manchmal sogar den Ausschlag bei der Entscheidung, ob Selbstmord oder Tötung durch Verschulden eines Zweiten vorliegt.

Die Feststellungen am Tatort können es mitunter schon allein ermöglichen, ein solches fremdes Verschulden auszuschließen. Groß (Krim. Stellung und Tätigkeit des Arztes, Wien und Leipzig 1908) berichtet über eine solche höchst interessante Begebenheit, wo allein aus den Erhebungen am Tatort bewiesen werden konnte, daß es sich nicht — wie man zuerst annahm — um einen Raubmord handelte, sondern um einen Selbstmord, der sich als wohlausgedachter und raffiniert durchgeführter Versicherungsbetrug darstellte:

Dem Untersuchungsrichter wurde frühmorgens von der Auffindung eines Ermordeten Meldung gemacht. Die Kommission fand an Ort und Stelle, wo das Verbrechen begangen wurde, den Toten mit dem Gesichte dem Boden zugewandt. Es war ein für sehr wohlhabend geltender Getreidehändler namens A. M., der eine Schußwunde am Hinterkopf aufwies. Die Kugel war über dem linken Auge am Stirnknochen stecken geblieben. Die Leiche lag auf einer Brücke, ihr fehlte die Brieftasche, die gewaltsam aus der Brusttasche entfernt schien, auch Uhr und Kette fehlten. Ein Gendarm wußte zu berichten, daß M. vergangene Nacht in einer Wirtschaft bis ½11 Uhr ziemlich gezecht habe und dann nach Hause gegangen sei. Nach kurzer Zeit habe sich auch ein unbekannter Mensch von herabgekommenem Äußeren, der ebenfalls im Gastzimmer gesessen war, entfernt. Bis zu dieser Brücke mußte M. eine Viertelstunde gegangen sein, als man in einem in der Nähe liegenden Gehöfte einen Schuß fallen hörte. Was lag da näher, als einen Mord anzunehmen? Der Gendarm hatte sich sogleich auf die Suche nach dem genannten Verdächtigen begeben und ihn gefesselt zum Tatort gebracht. Dieser behauptete aber, daß er die ganze Nacht in einem Heustadel verbracht habe und leugnete ganz energisch die Tat.

Zum Schlusse der Lokalerhebungen und als eben die Leiche zur Obduktion fortgeführt werden sollte, fiel dem Untersuchungsrichter zufällig auf, daß das hölzerne wettergraue

Brückengeländer an der Stelle, wo auf dem Boden der Tote lag, eine kleine ganz frische Beschädigung erkennen ließ, so, als ob es durch einen harten, kantigen Körper beschädigt worden wäre. Man konnte annehmen, daß dies unmittelbar mit der Mordtat in Zusammenhang stehe; man ließ daher im Wasser unter dieser Stelle mit großen Rechen und langen Stangen nachsuchen und empfand nach einiger Zeit einen Widerstand an der Stange. Beim Herausziehen hatte sich eine Schnur daran verschlungen, an deren einem Ende ein großer Feldstein und am anderen eine Pistole befestigt war. Damit war die Situation mit einem Schlage geklärt. Die Pistole, in deren Lauf die später aus dem Kopfe entfernte Kugel genau paßte, hatte der Selbstmörder fest in der Hand gehalten. Die Schnur, die daran befestigt war, ging über das Brückengeländer hinweg und am anderen Ende hing ein Stein. Nach dem tödlichen Schuß zog nun der Stein die Pistole über den Rand des Brückengeländers hinweg und beschädigte dabei diese Stelle. Weitere Erhebungen ergaben dann, daß die vorgefundene Pistole Eigentum des M. war und dieser in sehr schlechte Vermögensverhältnisse gekommen war, aber zu Gunsten seiner Familie sich hatte hoch versichern lassen. Da die Versicherungsgesellschaft im Falle eines Selbstmordes zu keiner Zahlung verpflichtet war, so versuchte er auf diese Weise das Geld zu erschwindeln.

Da durch diesen Befund am Geländer und das Auffinden der Waffe mit der Vensenkungsvorrichtung kein Zweifel mehr gegenüber der Annahme eines Selbstmordes aufkommen konnte, so konnte auf die gerichtlich-medizinische Untersuchung verzichtet werden.

Wenn auch nur selten so weitgehende Schlüsse am Tatort selbst gezogen werden können, so läßt diese Beobachtungsweise doch den geschulten Beobachter nicht ganz im Stich: Oft läßt sich wenigstens bei Berücksichtigung der Zeit der Ausführung der Tat und der Lage des Ortes ein Mord mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen. Für Selbstmord spricht noch, wenn weder an der Leiche noch in der Umgebung derselben irgendwelche Zeichen eines Kampfes zu entdecken sind. Die Lage der Leiche ist aber nur mit Vorsicht zu bewerten, da die Art und Weise, wie der tödlich Getroffene zusammenstürzt, je nach den äußeren Verhältnissen großen Zufälligkeiten unterworfen ist und auch im Todeskampfe noch häufig ganz unberechenbare, unwillkürliche Bewegungen ausgeführt werden. Es ist noch in Betracht zu ziehen, daß auch vom Täter dem Opfer nach Ein-

tritt des Todes noch eine Stellung gegeben werden kann, die den Eindruck eines Selbstmordes erwecken soll. Eher spricht schon das feste Umklammern der Waffe durch die Leichenhand für ein Selbsterschießen, wenn man von ganz seltenen Fällen absieht, wo die Schußwaffe gleich nach eingetretenem Tode der Leiche in die Hand gedrückt wurde und darin längere Zeit (durch Einbinden mit einem Tuch) festgehalten wird. Eine leichte Waffe kann eventuell in der umklammernden Hand bleiben, Waffen größeren Kalibers, z. B. von 7,35 mm und mehr entfallen stets der Hand beim Zusammensinken des Getroffenen. Dieser vorgetäuschte Zustand soll aber nach Groß (Handbuch für Untersuchungsrichter) daran erkannt werden, daß hier die Waffe nicht so fest umschlossen wird, als dies beim krampfhaften Halten derselben im Moment des Schusses bis zur gleich darauf folgenden Totenstarre der Fall ist. Die Lage der Waffe neben der Leiche hat an und für sich wenig zu sagen, es läßt sich vielleicht feststellen, daß sie dem Toten kaum so entfallen sein konnte, wie sie aufgefunden wurde. Öfters fehlt sie am Tatort, sei es, daß sie von Vorübergehenden weggenommen wurde oder daß der Selbstmörder vor Eintritt des Todes noch soviel Handlungsfähigkeit besaß, um die Waffe nach Abgabe des tödlichen Schusses wegzuwerfen, z. B. ins Wasser oder zu verstecken, oder wenn er selbst sich überhaupt noch eine Strecke weit vom Tatort zu entfernen in der Lage war. Ein Urteil läßt sich über diese Frage der Handlungsfähigkeit nur durch die Sektion gewinnen. (Siehe Inaug.-Diss. Killinger, München 1937.)

Unter Zuhilfenahme dieser verschiedenen Untersuchungsmethoden läßt sich in den meisten Fällen aus den mehr oder minder zahlreichen Einzelbefunden der Tatbestand auch da noch rekonstruieren, wo die Sektion allein nicht genügend Aufschluß zu verschaffen vermochte. Eine weitere wertvolle Stütze wird hier eine reiche Erfahrung nicht nur in allgemein gerichtlich-medizinischer Hinsicht, sondern vor allem auch auf dem Gebiete der Schußverletzungen abgeben können. Welch große Schwierigkeiten sich aber trotzdem manchmal auch für den erfahrensten Praktiker bei der Entscheidung dieser Fragen ergeben, soll an folgenden Fällen gezeigt werden:

(Ger.-med. Institut München, gerichtl. Sektion vom 14. 7. 1932.)

Es handelte sich um den 26jährigen Forstreferendar E. E., der im Walde bei L. a. M. tot aufgefunden wurde. Eine Waffe am Tatort war nicht zu finden. Die Leiche wurde vom Feuer-

bestattungs-Leichenbeschauer der gerichtlichen Sektion zugeführt, weil für ihn angebliche Hieb- und Schnittwunden am Kopfe den Verdacht auf fremde Täterschaft nahe legten und außerdem noch eine abnorme Einschußöffnung am Kopfe festzustellen war: Die gerichtliche Obduktion ergab nämlich als Todesursache Gehirnzertrümmerung durch Einschuß über dem rechten Scheitelhöcker. Der Schußkanal verlief durch das ganze Großhirn und eröffnete beide Kammern. Das Projektil durchschlug noch das linke Scheitelbein und steckte in dem Ausschußknochenloch dortselbst. Die genaue Untersuchung konnte weder an der Einschußwunde noch im Schußkanal irgendwelche Zeichen eines Nachschusses entdecken, insbesondere keine Explosions- und Berstungshöhle zwischen Haut und Schädeldach. Es ließ sich daher nur das Einschußloch feststellen, aber da kein Beweis für Nahschußzeichen vorhanden war, konnte auch auf Grund der Sektion zwischen Mord und Selbstmord nicht entschieden werden.

Die Erhebungen ergaben, daß E. melancholisch gewesen sein soll, sonst war überhaupt gar nichts in Erfahrung zu bringen. Die zahlreichen Blutunterlaufungen konnten nur Folge stumpfer Gewalteinwirkungen sein, während über ihre Entstehungsursache die Obduktion gleichfalls keine Klarheit verschaffen konnte. Die erwähnten Schnittwunden waren — wie sich nachträglich herausstellte — von den Erstleichenschauern gelegt, sprachen also ebenfalls nicht für eine verbrecherische Handlung von dritter Hand!

Faßt man nun die Ergebnisse der Sektion und der Erhebungen zusammen, so spricht das Vorhandensein einer Psychose allerdings für die Möglichkeit eines Selbstmordes, aber trotzdem konnte darauf allein eine solche Diagnose nicht genügend gestützt werden.
(Ger.-med. Institut München, Obergutachten 207/31.)

In diesem Falle war die Entscheidung ob Jagdunfall oder Selbstmord vorliegt, besonders schwierig.

Der Tatbestand war hier folgender:

Der Vorstand des Forstamtes Z., Forstmeister F. K., hatte gleich nach Mittag vom Knecht sein Gewehr in den Wald zum sogenannten „Schwellhäusl" fahren lassen. Er kam um ½6 Uhr nach, holte sein Gewehr und ging zur Jagd. Tags darauf erstattete der staatliche Forstverwalter M. Anzeige, daß er den

Amtsvorstand unter einem Hochsitz in der Waldabteilung „Ruselhänge" tot aufgefunden habe. Er lag am Fuße des Hochstandes, dessen Leiter sehr steil nach oben ging und deren erste Sprosse sehr hoch war. Diese Verhältnisse mußten den Aufstieg zum Hochstand außerordentlich erschweren. An den Schuhen des Toten zeigten sich deutliche Kratzer wie vom Abrutschen und neben der Leiche fanden sich abgebrochene Stücke von morschen Stammrinden. Dies legte die Vermutung an ein Abgleiten nahe. Der Hut lag neben der auf dem Rücken liegenden Leiche, er war hinten — offenbar durch den Schuß — vollkommen aufgerissen. Unter ihr lag das Gewehr, ein Drilling, an dem ein Kugellauf abgeschossen war, die zwei Schrotläufe waren noch geladen. Der Gewehrriemen war um die linke Schulter geschlagen. Die Laufmündung oben (linker Schrotlauf) erschien leicht verbeult und war möglicherweise beim Zusammenstürzen des K. auf dem Felsblock, auf dem der eine Leiterholmen stand, aufgefallen.

Die am 19. 9. 1929 im Leichenhause zu Z. vorgenommene g e r i c h t l i c h e S e k t i o n ergab als Todesursache eine explosionsartige Zertrümmerung der ganzen hinteren Schädel- und Gehirnhälfte. In der Umgebung der Zerreißungsstelle in der Nacken - Haargrenze fanden sich deutliche Nahschußzeichen (Pulverschmauch). Anhaltspunkte dafür, daß etwa eine Gehirnblutung die Ursache des Unfalls durch Losgehen der Waffe beim Abrutschen von der Leiter gewesen wäre, haben sich nicht ergeben.

Es wurde daraufhin das Gutachten in dem Sinne abgegeben, daß es sich um einen absoluten Nahschuß handelte und ein Verschulden durch eine dritte Person unwahrscheinlich sei. Den ganzen Umständen nach wurde ein Unfall angenommen und das Verfahren gegen Unbekannt eingestellt.

Die Frage allerdings, ob es sich nicht um einen ganz raffiniert ausgeführten S e l b s t m o r d gehandelt habe, wäre ebenfalls noch zu prüfen gewesen, sie läßt sich aber auf Grund der Sektion und des Tatortbefundes nicht mit absoluter Sicherheit entscheiden.

Ein weiterer Fall, der von verschiedenster Seite aus begutachtet worden war, wurde meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. H. M e r k e l, zur endgültigen Stellungnahme vorgelegt.

Der Tatbestand war hier folgender:

Am 30. 12. 1931 gegen 16 Uhr 45 Minuten wurde H. v. R. auf der Jagd durch einen Schuß aus seinem Jagdgewehr tödlich

getroffen. Seine beiden je rechts und links und etwas vor ihm dahinschreitenden Jagdbegleiter liefen nach dem Vorfall sogleich zu dem 70 Meter entfernten Forsthause, riefen telefonisch einen Arzt herbei und verständigten die Polizei. Der Polizeibeamte stellte fest, daß die Leiche auf dem Rücken mit zertrümmerter Schädeldecke am Waldrande lag, die Füße waren dem Weggeleise zugerichtet, die Arme längs am Körper ausgestreckt. Das Gehirn lag neben dem Kopf und ein Teil auch neben dem Körper. Neben der linken Gesichtshälfte lag ein Fernglas, dessen Riemen lose am Kinn vorbeiging. 50 Zentimeter vom linken Arm entfernt lag die Kugelbüchse, der Lauf in Höhe des Kopfes, der Schaft in Höhe des Oberschenkels. In der Kammer befand sich eine leere Patronenhülse. In Verlängerung der Füße lag ein Filzhut, der dem Toten gehörte. Er zeigte im oberen Teil des Hinterkopfes einen winkligen Einriß und im hinteren Teil der Hutkrempe mehrere bleistiftstarke Löcher, aus dem Schweißband fehlte ein Stück. Der Tote war mit einem Sportanzug bekleidet und trug Gummischuhe.

An dem fraglichen Tage hatte es Neuschnee, darunter war Laub gelegen. Es konnte festgestellt werden, daß die Fußspuren nicht scharf umrandet waren, sondern etwas verschoben waren. Bei der Vernehmung äußerten sich die beiden Jagdbegleiter, daß ihnen ein Stolpern oder ein Zurückwerfen des Kopfes nicht aufgefallen sei.

Die Sektion, die am folgenden Tage vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund:

Die weichen Kopfbedeckungen waren von der vorderen Haargrenze, 5 cm oberhalb des linken Augenhöhlenrandes beginnend, bis über die Hinterhauptschuppe hinweg in großen Lappen zerrissen. Das Schädeldach war abgesprengt, beide Scheitelbeine zertrümmert. Die beiden Großhirnhalbkugeln waren herausgesprengt. Das Kleinhirn, Brücke und verlängertes Mark waren unverletzt, ebenso die Knochen des Schädelgrundes. Unter der Hinterhauptschuppe fand sich eine senkrecht verlaufende Aussprengung, Kleinfingernagelglied breit.

Als Todesursache hatte das vorläufige Gutachten, Zertrümmerung des Schädeldaches mit Heraussprengung des Großhirns ergeben, und als Einschußstelle die Hinterhauptschuppe.

Über Zeichen eines Nahschusses wurde im Sektionsbericht nichts geäußert. Auf Anfrage des Revisionsarztes der Versicherung — v. R. war auf sein Leben sehr hoch versichert — teilte

indessen der Obduzent mit, Pulverschwärzungen, Pulvereinsprengungen oder Verbrennungszeichen habe er nicht feststellen können. Die Einschußstelle, die nicht abzugrenzen gewesen sei, sei zur mikroskopischen Untersuchung nicht entnommen worden, auch eine anatomische Untersuchung der Gehirnteile habe nicht stattgefunden.

Einige Monate später erklärte er den Begutachtern, Prof. Pick und Prof. Braun und Ing. Schmuderer, daß eine als Einschußöffnung scharf umgrenzte Stelle durch Zusammenlegen der Weichteillappen nicht dargestellt werden konnte. Jedoch erklärte es der Obduzent für möglich, daß eine Überdeckung von anhaftenden Pulvereinsprengungen bzw. Schwärzung durch angetrocknetes Blut vorgelegen haben könnte. In der Kammergerichtssitzung erklärte er, er habe die Pulverschwärzung an den Weichteilen nicht festgestellt . . ., weil er dieser Feststellung seinerzeit keinen besonderen Wert beigemessen habe . . .

Diese nachträglichen Ergänzungen beweisen eindeutig, daß die damals vorgenommene Sektion derartig unzulänglich ausgeführt wurde, daß sie sich auf die spätere Begutachtung nachteilig auswirken mußte.

Das Gutachten der Herrn Prof. Braun, Pick und Schmuderer als Sachverständigen der Versicherung stützte sich auf Ermittlungen der Versicherungsgesellschaft und auf Versuche über die Waffenhaltung, ferner auf die vom ärztlichen Standpunkt aus wichtigen Tatsachen. Sie kamen zu dem Schluß, daß v. R. mit größter Wahrscheinlichkeit sich selbst mit Absicht getötet habe und nicht durch einen Zufallsschuß — d. h. durch Ausgleiten auf dem Schneeboden mit Selbstlösung des Schusses — ums Leben gekommen sei. Auch Prof. Rästrup gab im gleichen Sinne sein Gutachten ab.

Von den Gutachten der Herren Prof. Müller-Heß und Brüning, Ministerialrat Gernlein und Direktor Preuß, die dahin lauteten, daß v. R. durch einen Unfall zu Tode kam, verdient besonders ersteres Beachtung, weil es sich auf eine Reihe von Versuchen an Leichen stützt und auch auf Grund der Untersuchung des exhumierten Schädels des H. v. R. den begründeten Schluß zu ziehen glaubt, v. R. sei durch einen Unfall zu Tode gekommen; auch die Gutachten der anderen drei Herren kommen ziemlich zu dem gleichen Ergebnis.

Da von Seiten der Versicherung gegen dieses Gutachten eine Reihe von Ansichten geltend gemacht wurden, so wurde Herr

Prof. Dr. H. Merkel um Erstattung eines Gutachtens gebeten. Er legte seinen Ausführungen im wesentlichen die Versuche der H. Müller-Heß und Brüning zugrunde und begründete seine Ansicht, daß sicher ein absoluter oder annähernd absoluter Nahschuß bei H. v. R. vorgelegen habe. Weiterhin legte er dar, daß ein Selbstmord mit der von den Herren Prof. Müller-Heß und Brüning angenommenen Sicherheit keineswegs ausgeschlossen sei, sondern durchaus möglich wäre und anderseits aber ein Unfall auch nicht ausgeschlossen sei, jedenfalls nicht mit der Bestimmtheit und Sicherheit, für die das Gutachten von Herrn Prof. Rästrup doch nicht die nötige Unterlage gäbe. Es sprächen mindestens 50 Prozent Wahrscheinlichkeit für tödlichen Unfall.

In einem anderen Falle, der von H. Prof. Straßmann begutachtet wurde, war die Diagnose durch uncharakteristische Befunde an der Leiche sehr erschwert:

Es handelte sich um einen unbekannten Mann, der auf einem Damm, der weithin gut sichtbar war, tot aufgefunden wurde. Da er kurze Zeit vorher noch gesehen wurde, so konnte man mit großer Wahrscheinlichkeit die Ausübung eines Verbrechens ablehnen, da die Zeit hierzu sehr ungünstig war und der Täter hätte leicht gesehen werden können. Die Leiche lag auf der linken Seite, der Kopf der Dammkrone zugekehrt, die Füße leicht angezogen. Eine Schußwaffe war auch in der Umgebung der Leiche nicht zu sehen. Es bestand die Möglichkeit, daß sie vorher noch von dem Toten in den Graben geworfen wurde, der am Fuß des Dammes vorbeizog. Auch konnte sie von Vorübergehenden entfernt worden sein, was besonders für den Hut nicht ausgeschlossen war, da der Mann vorher noch mit dem Hute am Boden liegend gesehen worden war.

Die gerichtliche Sektion ergab eine tödliche Schußverletzung mit Einschuß in das linke Hinterhauptbein. Die Haare um die Einschußwunde herum waren nicht verbrannt, nicht gekräuselt, auch fand sich keine Pulvereinsprengung. In der Nähe der Wunde waren einige Bleistückchen gelegen. Der Knochen zeigte deutliche Abschrägung seiner Ränder, doch waren diese nicht nach jeder Seite gleichmäßig ausgeprägt. Der Schußkanal verlief durch das Großhirn und das Geschoß lag deformiert in der rechten Scheitelhöhle. Sonst fanden sich am Körper nirgends Verletzungen.

Der begutachtende Arzt nahm infolge Fehlens jeglicher Nahschußzeichen und bei einer solchen Einschußöffnung einen Mord an. Da diese Anschauung vom Waffensachverständigen, der einen Selbstmord für wahrscheinlicher hielt, nicht geteilt wurde, so mußte ein Obergutachten endgültige Klarheit schaffen. Während nun Zeit, Tatort, Zustand der Kleidung, angeblich auch Lage der Leiche durchaus für einen Selbstmord sprachen, so mußte sich der Obergutachter doch gegen manch Ungewöhnliches äußern. Er stellte fest, daß diese abnorme Schußverletzung zwar selten sei, aber trotzdem bei Selbstmord sehr wohl möglich. Das Fehlen jeglicher Nahschußzeichen stelle den Selbstmord zwar sehr in Frage, aber es sei zu berücksichtigen, daß diese, wie erwähnt, fehlen können und außerdem vielleicht am Hute vorhanden waren, der allerdings nicht mehr vorgefunden wurde.

Nicht minder schwierig in der Beurteilung sind jene Fälle, wo die Frage ob Selbstmord oder Tötung auf Verlangen entschieden werden soll, und zwar besonders deswegen, weil hier nur e i n überlebender Tatzeuge vorhanden ist, der meist ein begreifliches Interesse daran hat, einen Selbstmord zu beweisen, da ja Tötung auf Verlangen mit einer erheblichen Freiheitsstrafe belegt wird; daher ist eine völlige Klärung des Sachverhaltes oft überhaupt nicht möglich. Meist sind hier Nahschußzeichen vorhanden, aber diese führen deswegen nicht zu einem bestimmten Schluß, weil ja der gleiche Tatbefund zu beobachten ist ohne Einwilligung des Getöteten, wie z. B. im Schlafe oder in sonstwie einem wehrlosen oder bewußtlosen Zustande.

Ein solcher besonders schwierig zu entscheidender Fall wurde im Jahre 1932 von W e i m a n n mitgeteilt. (Archiv Kriminol., Band 90, Seite 111.) Ich muß wegen des hohen kriminalistischen Interesses über diesen Fall ausführlicher berichten, da das Werk, in dem der Fall veröffentlicht ist, weniger zugänglich ist.

In der Kontrolle des Schachtes bei H. erzählte der 24jährige dort beschäftigte Laborant W., der soeben aus einem in der Nähe gelegenen Feldwege kam, daß sich dort ein Mädchen erschossen habe. Der Kontrolleur des Schachtes, der sogleich mit ihm zu dieser Stelle ging, sah zufällig unterwegs, daß W. eine 08-Pistole in der Tasche trug, die er sich sogleich geben ließ.

An der betreffenden Stelle angekommen, sah der Kontrolleur das Mädchen auf dem Boden liegen auf der untergelegten Jacke des W., den Kopf leicht nach rechts gedreht, die Füße angezo-

gen. Sie lebte noch, starb aber auf dem Wege ins Krankenhaus. Wo der Kopf lag, fand sich im Grase eine große Blutlache und in ihr neben der rechten Kopfseite e i n e Patronenhülse; eine zweite wurde nicht gefunden.

Bei den zahlreichen Vernehmungen gab W. immer das gleiche an, nämlich, daß er seit zwei Jahren mit dem Mädchen eine flüchtige Bekanntschaft hatte, aber ohne intimere Beziehungen. Nachdem sie an jenem Tage im Café gesessen hatten, seien sie nach einiger Zeit spazieren gegangen und hätten sich am Feldwege niedergesetzt, um sich zu unterhalten. Es sei nicht zum Geschlechtsverkehr oder zu Intimitäten gekommen. Nach einiger Zeit habe er sich entfernt, um auszutreten. Gleich darnach habe er kurz hintereinander zwei (!) Schüsse gehört, worauf er eiligst zurückgekehrt sei und bemerkt habe, daß sich das Mädchen erschossen habe. Er betonte noch, daß ihn das Mädchen ausdrücklich gebeten habe, zu dieser Verabredung seine Pistole mitzunehmen. Er hatte sie in einer Aktenmappe angeblich ungeladen und ungesichert in ein Tuch eingewickelt bei sich getragen und neben sich niedergelegt. Unterwegs habe sich das Mädchen noch davon durch einen Griff in die Aktentasche überzeugt. Einen geplanten Doppelselbstmord oder Tötung auf Verlangen bestritt er ganz energisch.

Nachforschungen ergaben, daß die S. trotz ihrer Jugend sehr leichtsinnig war und sich viel mit Männern abgegeben hatte. Sie war sehr launenhaft und trug sich schon seit längerer Zeit mit Selbstmordgedanken. Vor Jahren hatte sie versucht, sich die Pulsadern zu öffnen. Den Leuten habe sie erzählt, daß sie von W. eine Pistole bekommen würde, er habe ihr versprochen mit ihr zu sterben. W. dagegen galt allgemein als ein anständiger Mensch. Er hatte an jenem Abend unter Versäumnis seiner Schicht für seine Freundin und sich in einem Café reichlich Alkohol bestellt. Dort sei auch beobachtet worden, daß die S. schon hier die Pistole verlangt habe, was ihr W. aber abschlug.

Es sprach also alles dafür, daß zwischen W. und der S. verabredet worden war, gemeinsam aus dem Leben zu scheiden und daß das Mädchen von W. erschossen worden war. Auch die Angabe des W., wie sich das Mädchen erschossen haben sollte, war unglaubwürdig, vor allem, daß sie sich die 08-Pistole, als er ausgetreten war, selbst geladen und schußfertig gemacht haben sollte, ohne daß er ihr den Mechanismus gezeigt hätte.

Am Feldweg lag nun die S. mit zwei Schüssen im Kopfe. Der eine war ein oberflächlicher Streifschuß an der rechten Stirnseite, der nur eine 4 cm lange klaffende Wunde verursacht hatte, ohne die geringste Verletzung des Knochens. An der rechten Seite der Hautverletzung fand sich eine halbmondförmige bis drei Zentimeter breite intensive Pulverschwärzung mit Pulvereinsprengungen in der Umgebung. Der Schuß war also aus einigen Zentimeter Entfernung von rechts abgefeuert. Von der Wunde liefen zwei schmale Blutstreifen über die Stirne nach beiden Seiten in der Richtung auf die Ohren zu. Dagegen war kein Blut über das Gesicht nach abwärts geflossen. Das Mädchen hatte den Stirnschuß also entweder im Liegen erhalten, oder, wenn sie in aufrechter Stellung getroffen war, müßte sie kurz darauf hintenüber gefallen sein und konnte sich nicht wieder aufgerichtet haben. Der zweite — tödliche — Schuß war ebenfalls von rechts abgegeben. Der Einschuß zeigte eine dreizipfliche Platzwunde und fand sich acht Zentimeter über und etwas hinter der Mündung des äußeren Gehörganges. Ein- und Ausschuß war bei der Sektion an der bekannten Beschaffenheit der Knochenränder zu erkennen. Der makroskopische und mikroskopische Befund von ungewöhnlichen Mengen verbrannter Pulverteilchen bewies neben der typischen Einschußplatzwunde mit Sicherheit, daß der Schuß aus allernächster Nähe, und zwar mit aufgesetzter Waffe abgegeben war. Das Geschoß hatte den Knochen schräg durchdrungen und war am Vorderkopf etwas rechts von der Mittellinie, achtzehn Zentimeter über der Nasenwurzel wieder ausgetreten. Dieser Schuß hatte eine außerordentliche Zerstrümmerung des Schädeldaches hervorgerufen.

Bei der Selbstbeibringung dieser beiden Schüsse müßte sich die S. zuerst den Stirnstreifschuß beigebracht haben. Da der Knochen durch diesen Schuß nicht verletzt wurde, so ist es durchaus möglich, daß das Mädchen nicht bewußtlos, d. h. noch in der Lage war, sich den zweiten tödlichen Schuß — in der Richtung von rechts hinten nach links vorne oben — beizubringen. Die Blutstraßen an der Stirne sprachen dafür, daß sie sich nach dem Stirnstreifschuß nicht mehr aufgerichtet hatte. (Siehe Veröffentlichung aus dem Ger.-med. Institut München: Die Blutstraße und ihre kriminalistische Bedeutung, von Dr. med. Ernst R ö s c h 1935, Verlag Carl Nieft Bleicherrode a. H.) Sie mußte sich also den zweiten Schuß im Liegen beigebracht haben. Versuche ergaben, daß, wenn man im Liegen den Kopf gerade nach vorne gedreht hält, die Selbstbeibringung eines solchen Schusses allerdings unmöglich ist. Wenn man aber liegend den Kopf

nach links dreht, was bei ihr durch den Stirnstreifschuß leicht eintreten konnte, so ist es allerdings möglich, im Liegen sich auch diesen Schuß in der genannten Richtung beizubringen. Auch die Lage der Patronenhülse rechts neben dem Kopfe sprach für eine Selbstbeibringung des zweiten Schusses. Dem W. war daher seine Behauptung, daß das Mädchen sich selbst erschossen habe, nicht zu widerlegen.

Das Mädchen war recht zart gebaut und schwächlich. Heraufgespritzte Gewebsteile oder Blut oder sonstige Schußspuren waren an den Händen nicht zu sehen. Pulverhandschwärzungen waren von vornherein gar nicht zu erwarten, da ja die Schüsse aus einer automatischen Repetierpistole (Parabellum) abgegeben waren.

Da W. immer behauptete, das Mädchen habe sich selbst erschossen, so war zunächst nachzuprüfen, ob dies überhaupt möglich war. Das Laden der Pistole war nämlich nicht so einfach, denn das Mädchen war sehr schwächlich gebaut. Das Zurückziehen des Gelenkverschlusses nach hinten und oben erforderte bei der Parabellumpistole erhebliche Anstrengung und Übung. Versuche mit Mädchen gleichen Alters und von gleichem Körperbau ergaben, daß keine ohne Anleitung das Laden der Pistole fertig brachte. Nach der Instruktion gelang es nur den kräftigeren unter ihnen, die Waffe schußfertig zu machen. Für die S. war es also nicht recht wahrscheinlich, daß sie die Pistole laden konnte, selbst, wenn sie vom Mechanismus der Waffe gut unterrichtet war, — sie hatte einige Zeit vorher mit einem Reichswehrwachtmeister ein Verhältnis. Aber trotzdem wäre es nicht unmöglich, daß sich ein Mädchen mit einer Armeepistole erschießt.

Dem Leichenbefunde nach könnte es sich ebensogut um eine Tötung der S. durch W. gehandelt haben, nach einem von beiden beabsichtigten Selbstmord, wo W. zuerst die S. erschoß und nachher nicht mehr den Mut aufbrachte, sich selbst zu erschießen. Allerdings waren die beiden Schüsse, besonders aber der Umstand, daß sie von rechts abgefeuert wurden, weiterhin, daß sich die S. nach dem Stirnschuß nicht mehr aufgerichtet hatte, mit der Täterschaft des W. schwer vereinbar und sprachen sogar für eine Selbsttötung. Aus diesen Gründen wurde das V e r f a h r e n g e g e n W. w e g e n T ö t u n g a u f V e r l a n g e n e i n g e s t e l l t.

Wenn auch W. bei allen seinen Vernehmungen nie den Schleier darüber gelüftet hat, was sich damals zwischen ihm und dem Mädchen zugetragen hatte, so muß doch angenommen werden, daß sich die Vorgänge sicher, wenn die Schüsse auch wahrscheinlich von der S. selbst abgegeben wurden, sich nicht so abspielten, wie er angab. Das Mädchen hat von ihm wohl höchstwahrscheinlich die geladene und entsicherte Pistole in die Hand bekommen und sich dann in seinem Beisein oder verabredungsgemäß selbst erschossen.

Was nun die Prognose dieser Schädelschüsse anlangt, so ist vor allem die Tatsache überraschend, daß sich unter meinem Material vier Fälle fanden, wo der Schuß keine tödliche Wirkung zeigte und das Bewußtsein nur teilweise oder gar nicht aufgehoben war und ein Fall, bei dem der Selbstmörder die Handlungsfähigkeit noch dazu benutzte, um sich den zweiten tödlichen Schuß in die Brust beizubringen.

Für das Verständnis der Wirkung der Hinterschädelschüsse und damit der Handlungsfähigkeit ist die Kenntnis der anatomischen Verhältnisse am Schädeldach und der Lage der darunter gelegenen Hirnzentren unerläßlich.

Das Schädeldach ist in seiner Dicke erheblichen Schwankungen unterworfen, teils individuell bedingt, teils regionär. Die Schläfengegend weist gegenüber den übrigen Schädelpartien einen auffallend geringen Knochendurchmesser auf; dies kann besonders ausgesprochen sein bei allgemeiner Unterentwicklung des ganzen Skeletts. Daher ist es nicht verwunderlich, wenn die Schläfenschüsse weitaus das größte Kontingent der penetrierenden Schußverletzungen am Schädel stellen. Eine Zerstörung lebenswichtiger Zentren oder größerer Gefäße ist dabei kaum zu vermeiden und tiefe Bewußtlosigkeit bis zum Eintritt des Todes ist fast stets die Regel. Nach Brun (Beiträge zur klin. Chirurgie, Band 38 Seite 192, herausgegeben im März 1903) folgen den Schläfenschüssen die in die Hinterhauptgegend — sie sind fast gleich günstig wie ungünstig —, dann die Schüsse in die Scheitelpartie und zuletzt in die Stirne.

Die etwas bessere Prognose bei Hinterschädelschüssen ist bedingt durch die stets hier viel dickere Knochenkapsel und bei tieferem Sitz durch den Ansatz der mächtigen Nackenmuskulatur. Bei Schüssen in die Nackengrube ist es gar nicht selten, daß die Kugel in der Tiefe der Muskulatur stecken bleibt, oder

doch in ihrer Durchschlagkraft so geschwächt wird, daß sie im Knochen oder nach Durchdringen desselben vor der Dura liegen bleibt. Mit dieser Möglichkeit ist besonders dann zu rechnen, wenn eine alte, abgenutzte Waffe verwendet wurde. Auch braucht bei einer solchen abnormen, viel Energie erfordernden Selbstmordart nur noch ein geringes Maß von Aufregung dazu zu kommen, um eine Ablenkung der Kugel zu bewirken. Eine Bewußtlosigkeit als Folge einer Commotio cerebri verursacht durch den Anprall der Kugel an der Schädelkapsel, kann hier wenigstens für kurze Zeit vorhanden sein. Schlechter werden die Aussichten allerdings bei Verwendung modernerer leistungsfähigerer Waffen mit mehr als 6,35 mm Kaliber. Hier reicht die Wucht des Projektils gewöhnlich aus, um das Hinterhauptbein zu durchschlagen. Wichtig ist nun für das Ausbleiben einer tödlichen Schußwirkung, ob die Kugel nur kleine Teile der Gehirnrinde verletzt hatte, denn diese können meist ohne Nachteil wieder heilen, oder ob zufällig bei ihrem Verlauf durch das Gehirn kein lebenswichtiges Zentrum zerstört wurde. Dies dürfte bei Hinterschädelschüssen, besonders ins Hinterhauptbein, schon äußerst selten der Fall sein. Auch wenn kein wichtiges Zentrum verletzt wäre, so ist es nach den Erfahrungen von Brun eine große Seltenheit, wenn ein Patient, bei dem der Schußkanal durch den größeren Durchmesser des Gehirns verläuft, noch am Leben erhalten werden kann. Wird die Waffe an der Scheitelgegend angesetzt, so besteht die große Gefahr einer Läsion der Brücke oder der Hirnkammern, die bei hinzutretender Blutung den Tod herbeiführt. Eher können noch Einschüsse hinter dem Ohr eine Heilung ermöglichen, wenn sie an der Schädelbasis verliefen und keine größeren Gefäße eröffneten.

Alle nicht penetrierenden Schußverletzungen können aber leider schon nach wenigen Stunden die an und für sich günstigen Heilungsaussichten wesentlich trüben durch eine sich an die Verletzung anschließende Infektion. Eine dadurch hervorgerufene eitrige Meningitis oder Encephalitis zeichnet sich durch einen sehr bösartigen Verlauf aus, kann schon nach kurzer Zeit zum Tode führen; in anderen Fällen kann durch Hirnabszeß noch früher oder später der Tod des Verletzten zu Stande kommen.

An diese allgemeinen Ausführungen anschließend führe ich nun aus der Literatur zunächst die Selbstmordfälle mit Einschuß im Bereich der hinteren Schädelhälfte an, die keinen tödlichen Ausgang genommen hatten:

Fall I: (P. v. Bruns Beiträge zur klin. Chir., Band 38, S. 192, herausgegeben im März 1903).

Es handelte sich um einen 21 Jahre alten Knecht, der sich eine offene Splitterfraktur in der rechten Occipito - Temporalgegend beigebracht hatte. Zur Ausführung der Tat benützte er einen 9 mm-Revolver. Patient war im Moment des Schusses bloß schwindelig und ging nach der Verletzung noch eine große Strecke zu Fuß. Am zweiten Tag stellte sich Erbrechen und Fieber ein, die linke Pupille wurde weiter als die rechte und reagierte träge. Es trat auch eine Lähmung des rechten Facialis auf, ataktische Bewegungen wurden am linken Arm bemerkbar mit Parese der Fingerflexoren. Ferner traten deutliche Störungen der Sensibilität, besonders an der linken Hand, Hyperästhesie mit schlechter Lokalisation der Reize auf. Dazu kamen am dritten Tage Zuckungen der linken Extremitäten und Kopfschmerzen, die eine Bloßlegung des Wundgebietes erforderten. Die Eröffnung ergab eine Splitterfraktur an der Einschußstelle, genau in der Höhe der rechten Ohröffnung, dicht hinter dem Ansatz der rechten Ohrmuschel. Die Dura war zerfetzt und Gehirnmasse floß heraus. Nach Extraktion der Splitter aus der Gehirnmasse fand sich das Geschoß nicht, dagegen im oberen Wundwinkel ein ganz plattgedrucktes, vielleicht ein Drittel des Projektils betragendes Bleistückchen. In zwei Monaten heilte die Wunde, es besserten sich die motorischen und sensiblen Störungen bis auf undeutliche Reste, so daß der Patient geheilt entlassen werden konnte. Über den Verlauf des Schußkanals und über die Lage der Kugel sind in der Krankengeschichte keine Angaben gemacht.

Ausfallserscheinungen und Herdsymptome geben sonst mitunter diagnostische Anhaltspunkte für den Sitz des Projektils; das neuere und bessere Verfahren — die Röntgenstereophotographie —, die einwandfrei die Lage des Geschosses festzustellen gestattet, stand damals noch nicht zur Verfügung. Häufig aber können noch nach Jahren die eingeheilten Geschosse zu wandern anfangen oder, sei es spontan oder durch ein leichtes Trauma verursacht, zu einer Abszeßbildung führen und dadurch lebensbedrohliche Komplikationen entstehen.

Fall II: (Bestelmeyer, P. v. Bruns Beiträge z. klin. Chir. Band 55, Seite 637, herausgegeben im Okt. 1907.)

Am 25. 1. 1906 wurde der 35jährige Buchdrucker R. S. in die Chir. Klinik eingeliefert. Er soll an Gehirnerweichung gelitten und daher auf sich geschossen haben. Bei der Aufnahme waren

an der rechten Kopfseite etwas hinter und oberhalb der Ohrmuschel mehrere Einschüsse sichtbar. Ein Projektil lag direkt unter der Haut. Am Halse sah man mehrere Verletzungen durch Streifschüsse. Die Pupillen waren mittelweit und reaktionslos. Die äußere Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für eine intracranielle Verletzung. Die Röntgendurchleuchtung ließ eine Kugel im rechten Temporallappen erkennen nahe am Boden der mittleren Schädelgrube und nahe der Squama temporalis. Ein Splitter war etwas oberhalb und scheitelwärts gelegen. Am 26. 1. war Patient sehr unruhig. Die unter der Kopfhaut liegende Kugel wurde entfernt. Die Wunden am Kopfe heilten reaktionslos zu, auch die Kugel an der Schädelbasis heilte ein. Patient wurde wegen seiner vorher schon bestehenden Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt entlassen, Störungen von seiten der eingeheilten Kugel wurden niemals mehr beobachtet.

Fall III: (Christiansen, Wiener med. Blätter 1902, Nr. 43—44.)

Ein 30 Jahre altes unverheiratetes Weib wurde nachts mit einer Schußverletzung des Gehirns ins Spital eingeliefert. Sie war träge, apathisch, aber bei Bewußtsein. Sie zeigte damals keine Herdsymptome, auch später nicht, außer an den Augen, was nachher durch die Schußverletzung der Fissura calcarina erklärlich wurde. Die Einschußöffnung befand sich auf der rechten Seite des Schädels und zwar 6—7 cm nach oben und hinten vom oberen hinteren Rande des äußeren Gehörganges. Die Kugel ging, wie später die Sektion ergab, durch den hinteren Teil des rechten Temporallappens und beschädigte beim Austritt aus dem medialen Teil der rechten Hemisphäre den vorderen Anteil der Fissura calcarina, desgleichen die symmetrische Gegend der linken Hemisphäre und ging durch die Seitenkammer. Der Schußkanal endigte im cerebrum und das Geschoß lag noch ca. 1 cm innerhalb der Rindenoberfläche, wo es später durch eine linksseitige Trepanation entfernt wurde. Die Wunden heilten auch hier wieder innerhalb kurzer Zeit ohne Komplikationen und die Patientin konnte geheilt entlassen werden. Einen Tag hernach wurde sie mit einer neuen Schußverletzung, diesmal in die regio temporalis, bewußtlos eingeliefert und starb am folgenden Tage. Durch eine Sektion konnte nun der erste Schußkanal genau verfolgt werden und ergab sich dabei der überraschende Befund, daß bei seinem Verlauf durch das Gehirn nur die Fissura calcarina, sonst aber kein wichtiges Zentrum verletzt hatte und auch keine ernsthaftere Blutung entstanden war.

Fall IV: (Westermann, Inaug.-Diss. Kiel 1901.)

Am 29. 1. 1901 wurde abends auf der Straße ein Mann bewußtlos aufgefunden mit einer blutenden Wunde an der rechten Kopfseite. In der Klinik wußte der Patient über seine Verletzung keine Angaben zu machen. Aus seinen Reden ging hervor, daß er ein Tentamen suicidii begangen hatte.

Er war ein mittelgroßer, mäßig kräftig gebauter Mann. Er zeigte an der Stirn und Nase einzelne Schürfwunden. Am rechten Tuber parietale, etwas unterhalb desselben zeigte sich eine 1-Pfennigstück große, von geschwärzten Rändern umgebene stark blutende Einschußwunde, oben außen vom rechten Tuber frontale saß ein 5-Markstück großes Hämatom, das offenbar durch den Sturz entstanden war. Die Schußwunde wurde operativ angegangen, ein Knochensplitter und ein deformiertes Kugelstück entfernt, worauf die Verletzung komplikationslos heilte. (Weiteres Schicksal des Patienten allerdings unbekannt. Ref.)

Fall V: (Maschka, Prager med. Wochenschrift 1884 Nr. 17.)

Am 1. 12. 1888 kam ein 27jähriger Mann gegen Abend in ein Prager Hotel und begab sich in das ihm angewiesene Zimmer. Als der Betreffende am nächsten Morgen nicht erschien und auf Klopfen und Rufen keine Antwort gab, wurde das Zimmer im Beisein eines Polizeikommissärs gewaltsam geöffnet und da fand man den jungen Mann tot auf dem Sofa liegend und neben ihm einen Revolver, in welchem zwei Kugeln abgeschossen waren. Die vorgenommene Obduktion ergab eine rundliche, 8 mm betragende, mit geschwärzten Rändern versehene Wunde, 2 cm hinter der Scheitelhöhe, welcher Stelle entsprechend man nach Zurücklegung der weichen Schädeldecken einen bedeutenden Blutaustritt und eine am Knochen aufliegende ganz plattgedrückte Revolverkugel vorfand. Der Knochen war hier gerade in der Pfeilnaht 15 mm oberhalb der Spitze der Lambdanaht kreisrund in Kreuzergröße gesprungen, leicht eingedrückt und in der Mitte etwas gesplittert. Da dieser Schuß offenbar nicht zum Ziele führte, hatte er sich noch einen zweiten Schuß durch die linke Brust beigebracht, der den Tod zur Folge hatte.

In ähnlicher Weise wie die nicht tödlichen Schädelschußverletzungen müssen auch die mehrfachen Einschüsse in die hintere Schädelhälfte gewertet werden. Sie können nur zustande kommen, wenn die Kugel die Schädelkapsel nicht durchdrang, dann aber auch bei Durchschüssen und geringgradiger Zerstörung der Gehirnrinde. Es darf dabei aber die Zerstörung motorischer und lebenswichtiger Rindenfelder nicht so stark sein, daß plötzlich

schwere psychische Störungen auftreten oder der Tod die direkte Folge ist. Verblieb dem Selbstmörder nur ganz kurze Zeit bis zum Eintritt völliger Bewußtlosigkeit oder war er nach Abgabe des Schusses bloß schwindelig, so ist eine nochmalige Einschußmöglichkeit sehr wohl gegeben. Es sind auch schon Fälle beobachtet worden, bei denen durch einen Schuß zunächst völlige Bewußtlosigkeit verursacht wurde, die aber zeitweise wieder schwand und dadurch dem Selbstmörder erneut Gelegenheit gab, die Waffe gegen sich zu richten. Ein Beispiel dafür ist der von Maschka berichtete Fall, wo der Selbstmörder in der Klinik wieder für kurze Zeit das Bewußtsein erlangte und ein Geständnis ablegte, daß er seine Tat aus drückenden finanziellen Sorgen begangen habe.

Wenn wir diese allgemeinen Erwägungen speziell auf das Hinterhaupt beziehen, so ist eine Wiederholung der Schüsse bei penetrierenden Verletzungen wegen der schon erwähnten leichten Zerstörbarkeit lebenswichtiger, im hinteren Hirnabschnitt gelegener Zentren von diesem Schädelteil aus nur selten möglich. Das gleiche gilt auch von Einschüssen auf der Scheitelhöhe. Meistens tritt entweder plötzlicher Tod oder wenigstens sofortige, bis zum Tode dauernde Bewußtlosigkeit auf. Bei einer solch unnatürlichen Revolverhaltung, wie sie die Einschüsse in die hintere Schädelhälfte beanspruchen, wäre auch eine Wiederholung des Schusses durch reflektorisch bedingte Zuckungen der Muskulatur, wie sie Goroncy (Zeitschrift f. d. ges. ger. Med. Band 1, Seite 151) bei mehrfachen an sich tödlichen Schüssen annahm, nicht recht verständlich. Denn nach dem ersten tödlichen Schuß ist die Zusammenarbeit der einzelnen Muskelgruppen, die für die komplizierte Waffenhaltung nötig ist, sicher so gestört, daß ein zweiter Schuß in den Hinterschädel kaum mehr zustande kommen kann.

Da allgemein mehrere Schußverletzungen am Schädel schon zu einem sehr starken Verdacht in der Richtung auf einen Mord, d. h. auf Tötung durch dritte Hand berechtigen, so müssen sie bei atypischer Lage des Einschusses zu ganz besonderer Vorsicht mahnen. Die Entscheidung, ob Mord oder Selbstmord, ist hier in vielen Fällen, wenn überhaupt, dann nur durch die Sektion möglich; sie muß feststellen den Verlauf des Schußkanals im Gehirn und den Grad der Zerstörung desselben. Kann nachgewiesen werden, daß mehrere Schüsse von tödlicher Wirkung in den Hinterschädel abgefeuert wurden, so ist eine Selbstvernichtung mehr wie fraglich. Dafür sprechen auch die unter mei-

nem Material befindlichen drei Fälle mit mehrfachem Einschuß in die hintere Schädelhälfte, soweit allerdings aus dieser geringen Zahl irgendwelche Schlüsse gezogen werden dürfen. In zwei Fällen wurde der Schädelknochen überhaupt nicht durchbohrt, so daß eine Bewußtlosigkeit, wenn sie überhaupt eintrat, nicht lange zu bestehen brauchte. Im dritten Falle waren die Verhältnisse ganz besonders bemerkenswert:
(Aus dem Ger.-med. Institut München, Ger.-Sektion v. 31. 5. 27.)

Der 81 Jahre alte Schriftsteller Dr. G. Th. wurde in seiner Wohnung mit seiner Frau tot aufgefunden. Der Mann hatte seine auf der Chaiselonge liegende und ein Buch lesende Frau durch einen am Hinterhaupt eintretenden und neben dem rechten Nasenloch den Schädel verlassenden Durchschuß getötet gehabt, wobei die Tote sogar noch den Zwicker auf der Nase (!), tot aufgefunden wurde, während der Ehemann selbst tot in einer Blutlache lag, neben sich eine Browningpistole 7,65 mm, die im Auswerferloch eine abgeschossene Patronenhülse eingeklemmt aufwies. Er soll in letzter Zeit Anzeichen einer geistigen Störung gezeigt haben und öfter Selbstmordabsichten geäußert haben, welche die Ehefrau ihm immer auszureden versuchte. Aufzeichnungen über die Beweggründe zur Tat waren nicht zu finden, finanzielle Sorgen waren sicher nicht die Ursache.

Die gerichtliche Sektion ergab drei Schüsse in den Kopf: der erste, der eine Platzwunde und deutliche Schwärzung am Einschuß hervorgerufen hatte, trat direkt vor der Ohrmuschel ein. Der Schußkanal verlief durch den Jochbogenansatz, die rechte mittlere Schädelgrube und den rechten kleinen Keilbeinflügel bis in die rechte Orbita. Der zweite Einschuß lag hinter dem rechten Ohr, zeigte keine Nahschußzeichen. Diese Kugel hatte hier den Schädel nicht durchbohrt, sondern lag nur zwischen Kopfschwarte und Schädelknochen. Noch etwas weiter hinten befand sich der dritte Einschuß, ebenfalls ohne Nahschußzeichen; dieser Schußkanal ging leicht nach links vorne und ziemlich horizontal durch beide Großhirnhälften hinter den großen Stammganglien durch beide Hinterhörner hindurch. Das Geschoß lag zwischen Dura und weichen Hirnhäuten an der Außenseite des linken Schläfenlappens. Die zwei an der Hand des Toten gefundenen schlitzförmigen Quetschverletzungen stellten den Selbstmord sicher. Die ungleich schwereren Zerstörungen durch den dritten Hirnschuß beweisen absolut sicher, daß dieser der letzte gewesen war und den Tod sehr bald

herbeigeführt hatte. Kriminalistisch interessant ist die offensichtlich durch falsche Pistolenhaltung (Quetschwunden im Daumen-Zeigefingerspalt) verursachte Ladehemmung!

Bei der Seltenheit und Eigenart dieser Einschußstellen ist es nicht verwunderlich, wenn von jeher der Erforschung der Beweggründe zu einer solchen Tat großes Interesse entgegengebracht wurde. Das Eine darf wohl schon von vornherein angenommen werden, daß es sich nicht, wie bei so vielen typischen Selbstmordfällen, die im Affekt begangen werden, um ganz belanglose Motive handeln kann, sondern daß wohl in den meisten Fällen eine reifliche Überlegung und Berechnung eine solche Tat folgen läßt. Die Ansicht Brun's (P. v. Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band 38), daß die Wahl des Einschusses in gewissem Sinne eine Modesache sei, ist bei Hinterschädelschüssen sicherlich nicht zutreffend. Viel häufiger noch als bei typisch lokalisierten Selbstmordfällen lassen sich hier eben keine bestimmten Beweggründe für die Ausführung der Tat eruieren. Auf die nicht allzu seltenen Fälle eines versuchten Versicherungsbetruges wurde bereits hingewiesen. Hier dient die selbstmörderische Tat als Mittel zur Erreichung weiterer Zwecke. Das erscheint zunächst hinsichtlich des Selbstmordes paradox, da mit der vollzogenen Selbstvernichtung die Existenz des Menschen erlischt. Der Selbstmord trägt hier nicht seinen Zweck in sich, sondern ist lediglich ein Mittel dazu, um einen Endzweck zu erreichen, nämlich, wenn er unternommen wird, um z. B. einer bestimmten Person eine Lebensversicherungssumme als Erbgut zuzuführen oder eine Unfallversicherungssumme oder -rente zukommen zu lassen. Es besteht nämlich bei manchen Versicherungsgesellschaften die Bestimmung, daß Lebensversicherungssummen nicht ausbezahlt werden, wenn feststeht, daß Selbstmord verübt wurde, es sei denn, daß derselbe in einem die freie Willensentscheidung aufhebenden krankhaften Zustand der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Bei Fälligkeit von höheren Unfallversicherungssummen oder -renten für die Hinterbliebenen ist natürlich die Versicherungsgesellschaft, Berufsgenossenschaft etc. ganz außerordentlich an der Frage interessiert, ob in der Tat der tödliche Schuß durch Unfall — sei es mit oder ohne eigenes oder fremdes Verschulden — zustande gekommen ist, oder ob eine vorsätzliche Selbsttötung vorliegt. Wie schon eingangs erwähnt wurde, kann in oft raffinierter Weise ein Unfall oder eine Tötung durch fremde Hand vorgetäuscht sein, während doch ein Selbstmord mit dem Motiv eines Versicherungsbetruges (Merkel) vorliegt.

Im vorausgegangenen Teil habe ich die Fälle angeführt, die in irgend einer Richtung die Diagnosenstellung betreffs Selbstmord oder Tötung durch dritte Hand erschwerten. Die kommenden Fälle mit Einschuß in die hintere Schädelhälfte bieten in dieser Hinsicht keine Schwierigkeiten mehr, sie sind durch die Erhebungen, in weitaus der Mehrzahl aber durch den Sektionsbefund einwandfrei geklärt.

(Aus dem Wiener ger.-med. Institut, H a b e r d a, Vierteljahresschrift f. d. ges. ger. Med. Band 39, Seite 306, 1910.)

Die Leiche eines 30 Jahre alten Mannes wurde in das Wiener Ger.-med. Institut zur sanitätspolizeilichen Beschau gebracht. Nach einigem Suchen wurde am Hinterkopf unter dem Haarwirbel eine rundliche, für die Fingerkuppe passierbare Öffnung mit intensiv schwarz gefärbten Rändern festgestellt. Von hier gingen je drei lange Blutstraßen sternförmig nach oben, unten und rechts ab. Von dieser Wunde aus gelangte man in einen in den Schädel sich fortsetzenden fingerweiten Kanal, aus dem sich Blut und geschwärzte Hirntrümmer entleerten. An den Händen waren keine Pulverschwärzungen und Einsprengungen wahrzunehmen.

Aus diesen Befunden war es klar, daß es sich um einen aus unmittelbarer Nähe gegen das Hinterhaupt abgefeuerten Schuß handelte.

Die Erhebungen ergaben einen u n z w e i f e l h a f t e n S e l b s t m o r d, der als erster seiner Art bekannt und oft genannt ist. Der betreffende Mann hatte sich abends in einem s t a r k b e s u c h t e n P r a t e r c a f é öffentlich in einem Stuhle sitzend erschossen. Die Kommission fand ihn tot vom Stuhle gesunken und in seiner verkrampften Rechten eine doppelläufige Pistole von 9 mm Kaliber. Die Untersuchung seiner Kleider ergab eine Schachtel zur Pistole passender Patronen und eine Korrespondenzkarte, auf der er Notlage als Grund des Selbstmordes angibt.

Die Sektion zeigte folgendes (H a b e r d a):

Am Vereinigungspunkt der Pfeilnaht fand sich eine unregelmäßige runde, außen scharfrandige, bis 12 mm weite stark geschwärzte Öffnung, in deren Umkreis die Schädeldecken in talergroßem Umfang von P u l v e r i n t e n s i v g e s c h w ä r z t waren, doch so, daß die Einschußöffnung exzentrisch, näher der oberen Circumferenz der rundlichen Schwärzung lag. Unter der Knochenlücke zeigte die Dura einen schlitzförmigen Einriß mit

stark geschwärzten Rändern, durch den man in einen fingerbreiten, von stark geschwärzten Hirntrümmern erfüllten Schußkanal gelangte, der mit einer rinnenförmigen Aufschlitzung der Innenseite sowohl des linken als des rechten Hinterlappens begann und in der Richtung von links hinten nach rechts vorne und etwas nach unten unter den Ventrikeln durch das Gehirn verlief und nach einer oberflächlichen Zertrümmerung des rechten Brückenrandes hinter dem Chiasma n. o. endete. Hier lag in einem 1 cm langen Schlitz der basalen Dura vor dem For. iug. dextrum die stark deformierte Kugel. Die weitere Sektion lieferte sonst keine bemerkenswerte Befunde mehr.

An der doppelläufigen Pistole war nur der rechte Lauf intensiv geschwärzt, während der linke ziemlich rein war. Dies sprach dafür, daß der Mann mit der Rechten die Pistole abfeuerte, während die Linke die Waffe offenbar so fest an den Schädel preßte, daß die ganze Ladung unmittelbar in den Schädel eindrang.

(Aus dem Ger.-med. Institut zu Graz, Kratter, Lehrbuch für die gerichtliche Medizin, 2. Teil, Seite 213.)

Am 18. 1. 1898 wurde der akademische Maler F. St., 21 Jahre alt, tot bei einem Tische sitzend aufgefunden. Er hatte Aufzeichnungen hinterlassen und betont, daß er sich selbst erschossen habe.

Die Besichtigung der Leiche stellte im Nacken, genau in der Mittellinie, nahe der Grenze der behaarten Kopfhaut, eine rundliche, leicht gequetschte Wunde (Einschuß) fest, die Haare in ihrer Umgebung waren versengt, auch eine sehr deutlich ausgeprägte Schwärzung war vorhanden. Der Ausschuß war nahe dem linken Stirnhöcker gelegen. Das Projektil durchsetzte das linke Großhirn und durchschlug den vorderen Rand des Scheitelbeins. Über dem Knochen, d. h. außerhalb desselben, war das Geschoß in der Kopfhaut stecken geblieben.

(Aus dem Ger.-med. Institut zu Prag, Maschka, Wiener med. Wochenschrift 1871, Nr. 33 und 37.)

Ein 64jähriger in seinen materiellen Verhältnissen herabgekommener Schuster kam am 12. 3. 1868 gegen 2 Uhr mittags heim in seine Stube und verschloß die Tür derselben von innen. Kurz darauf hörte man einen Schuß fallen. Sogleich eilten die Angehörigen zur Türe, fanden diese aber verschlossen. Da sie trotz ihres Rufens nicht geöffnet wurde, so wurde sie gewaltsam aufgestoßen. Man fand den Schuster auf dem Boden lie-

gend und neben ihm eine kleine Pistole. Er wurde sogleich ins Krankenhaus geschafft, kam dort ganz kurze Zeit wieder zum Bewußtsein und gestand, daß er wegen drückender Nahrungssorgen sich das Leben nehmen wollte. Darauf verfiel er wieder in einen soporösen Zustand und starb nach Verlauf von fünf Stunden.

Bei der Sektion fand man am Kopf 2½ cm nach hinten und etwas nach links von der Scheitelhöhe eine 1½ cm lange und 1 cm breite Wunde mit zackigen Rändern und Versengung der Haare. Im linken Seitenwandbein, und zwar im Winkel zwischen dem hinteren Ende der Pfeilnaht und der Spitze des Hinterhauptbeines lag die Einschußöffnung im Knochen. Sie war 14 mm lang, 8 mm breit und scharfrandig. Der Schußkanal verlief, die Hirnhäute durchbohrend, die Hirnsubstanz und das hintere Horn der linken seitlichen Hirnkammer durchdringend bis an die Basis zwischen dem mittleren und hinteren Lappen, wo auch die Kugel vorgefunden wurde. Längs des ganzen Schußkanales war die Gehirnsubstanz zertrümmert, erweicht und von Blutextravasaten durchsetzt. Der Schädelknochen an der Basis war nicht verletzt. Die übrigen Organe boten nichts besonderes dar.

(Aus dem Ger.-med. Institut zu Dorpat, Prof. Gerhard Rooks, Archiv Kriminol., Band 96, Seite 157—162.)

Am 10. November 1934 hörte man um 5 Uhr morgens in Tartu (Estland) in der T.-Straße Schießen. Als man hineilte, fand man die verheiratete Frau H. T., 41 Jahre alt, vor ihrem Mann tot auf dem Rücken liegend. Quer auf ihr lag schwer verwundet und bewußtlos der verheiratete Mann I. R., 30 Jahre alt. Seine Füße lagen über den Beinen der Frau. Der Mann wurde in die chirurgische Klinik befördert, wo er bald darauf starb. Neben ihm lag seine Browning-Pistole, Kaliber 6,35 mm.

Die Sektion der Frau ergab einen Schußkanal, der von vorne nach hinten ging, nahe am linken Mundwinkel eintrat, durch die Zunge, den Wirbelkanal und das Rückenmark verlief und am großen Hinterhauptloch, nahe der Haargrenze 1—2 cm rechts von der Mittellinie endete.

Die Sektion des Mannes ergab folgendes: Rechts an der Stirne, am Außenende der rechten Augenbraue, fand sich eine 1,2×0,5 cm große Wunde und mitten an der Stirne (1 cm rechts von der Mittellinie) eine ebensolche 1,2×0,5 cm große Wunde. Der Längsdurchmesser beider Wunden lag in einer Linie. In der Umgebung der ersten Wunde fanden sich kleine

punktförmige Blutungen, Rauchspuren fehlten, auch Pulvereinsprengungen waren nicht zu bemerken. (Die eben beschriebenen Wunden waren durch eine Kugel entstanden, die unter der Haut durchgelaufen war, den Schädelknochen nicht verletzend.) Am Hinterhaupt fand sich eine 0,6×0,5 cm große Wunde. Die Umgebung der Wunde war rein, Nahschußspuren waren kaum zu entdecken. Nur vorne war in einem Teile ein 0,5 cm breiter schwärzlicher Saum zu sehen. Entsprechend dieser letzten Wunde fand sich im Schädel in der Kreuzungsstelle der Sagittal- und Lambdanaht eine 0,6 cm große Lochfraktur, die sich nach hinten verbreiterte. In der Parietalgegend zeigte sich eine Blutung. Am linken Scheitelbeinknochen und am Stirnknochen (Grenze beider an der Sagittalnaht) fand sich eine zweite etwa 6 cm lange und 2½ cm breite Lochfraktur. Am hinteren Teil war besonders die Außentafel weiter abgesprengt als die Innentafel. Die Lochfraktur eins und zwei verbanden sich durch einen Kanal im Gehirn. In der Nähe der großen Lochfraktur fand sich in der Hirnsubstanz eine Browningkugel, Kaliber 6,35 mm, die beim Anprall an die Innentafel die große Lochfraktur hervorgerufen hatte und dabei in das Gehirn zurückprellte.

Nach diesen Befunden mußte die Frau zuerst durch fremde Hand gefallen sein. (Sie lag zum Teil unter den Füßen des Mannes.) Die Lage der Schußwunden beim Mann, besonders die Hinterhauptwunde, war ungewöhnlich für Selbstmord. Da auch zunächst Nahschußzeichen makroskopisch nicht zu bemerken waren, mußte man mit der Möglichkeit rechnen, daß beide von einer dritten Person umgebracht wurden.

Um die Sachlage näher zu klären, wurden Schießversuche und eine Untersuchung der Waffe vorgenommen. Die Waffe war von innen frisch mit Rauch belegt. Da die Nahschußspuren am Hinterhaupt des Mannes undeutlich waren, so fragte es sich, aus welcher Entfernung dies möglich war. Die Schießversuche ergaben, daß bei der gegebenen Pistole die Nahschußspuren bei einer Distanz von 1—2 cm in Form eines 2,4 breiten schwarzen Hofes entstanden, der von einem ebenso breiten grauen Hofe umgeben war. Bei einer Distanz von 5 cm entstand ein 0,5 cm breiter schwarzer Hof, der beim Reiben mit einem feuchten Schwamm viel schneller zu verschwinden begann als der Hof, der bei näherer Distanz entstanden war. Bei einer Entfernung von 15 cm waren schon die Nahschußspuren nicht mehr nach-

weisbar. Histologisch waren um die Wunde herum in der Epidermis Pulverkörner zu finden. Die Eisenreaktion war negativ. Demzufolge war es festgestellt, daß man es beim Manne mit Nahschüssen zu tun hatte. Scheinbar waren die Spuren teilweise bei der ersten ärztlichen Behandlung der Wunden unklarer geworden. Die Laufmündung der Pistole war aller Wahrscheinlichkeit nach beim Schuß nicht an den Kopf gesetzt, sondern der Schuß erfolgte am Hinterhaupt offenbar aus einer Distanz von 5 cm. Auch ein an der Wunde vorne gefundener 0,5 cm breiter Hof entsprach dieser Entfernung. Versuche zeigten, daß es aus dieser Entfernung doch möglich war, eigenhändig die genannte Wunde sich beizubringen, — wenn dies auch merkwürdig genug erscheint!

Diese Untersuchungen, auch die Konstatierung der Nahschußspuren, machten es wahrscheinlich, daß der Mann zuerst die Frau durch einen Schuß von vorne in den Kopf umgebracht hatte und dann auf sich einen Schuß in die Gegend der rechten Augenbraue abgefeuert hat, was aber nicht das gewünschte Resultat ergab, wonach er in ungewöhnlicher Weise noch einen zweiten Schuß aus der nicht angesetzten Pistole in den Hinterkopf, mit Richtung nach vorne, abgegeben hat.

Auch die polizeilichen Untersuchungsbefunde haben die Sachlage in derselben Richtung geklärt: Der Mann I. R. hatte sich dem Alkohol ergeben, weswegen er öfters die Stellen wechseln mußte. Auch am Tage vor der Tat war er schwer betrunken gewesen. Am Abend sei er nach Hause gekommen, habe seine Browning-Pistole genommen und dabei zu seiner Schwiegermutter gesagt: „Lebendig werdet ihr mich nicht mehr sehen." Diese Tatsachen bekräftigen die ausgesprochene Meinung. Vielleicht hatte ihn die Ehefrau an seinem Vorhaben zu hindern gesucht und er hatte sie dabei über den Haufen geschossen und die beiden Schüsse auf sich selbst abgegeben.

Außer diesem eben beschriebenen Fall kam in Dorpat nochmals einer zur Beobachtung, wo die Einschußöffnung am Hinterhaupt gelegen war.

Am 30. August 1932 kam ein 51jähriger Fleischer betrunken nach Hause und feuerte hier sich aus seiner Browningpistole, Kaliber 6,35 mm, eine Kugel in den Hinterkopf: Der Einschuß lag links von der Mittellinie, vor der Lambdanaht, der Ausschuß am linken Parietalknochen.

Diese beiden atypischen Selbstmordfälle — so berichtet der Vorstand des Dorpater Ger.-med. Institutes — seien bemerkenswerter Weise mit der kleinen Browningpistole, Kaliber 6,35 mm, ausgeführt worden, die besonders durch ihre Kleinheit geeignet sei, in die schwerer erreichbaren Regionen des Kopfes zu schießen.

(Ger.-med. Institut München M e r k e l, Deutsche Zeitschrift f. d. gesamte ger. Medizin, Band 20, Seite 332.)

Am 19. 3. 1932 wurde der Polizei Mitteilung gemacht, daß der 51 Jahre alte M. W., zweiter Geschäftsführer des Konsumvereins in F. und Kassierer einer Versicherungsgesellschaft, noch nicht nach Hause zurückgekehrt sei. Er hatte am 18. 3. in aller Frühe seine Wohnung verlassen, um die Beiträge einzuholen. Eine Feuerwehr-Streife, die gegen mittags ausgeschickt wurde, fand ihn erschossen in der Nähe der Bezirksstraße Hammerau-Freilassing, etwa 50 Meter davon entfernt in einem lichten Waldteil auf. Er hatte nach Erhebungen am vorhergehenden Tage Rm 1500.— einkassiert und hatte sie eigentlich als er erschossen wurde, bei sich getragen.

Am Auffindungsort lag die Leiche mit stark nach rückwärts gebeugtem Kopfe am Boden. Die Füße waren leicht gebeugt, die Hände etwas abduziert. Die Kleider des Toten waren vollkommen geordnet und keine Spuren eines stattgehabten Kampfes konnten wahrgenommen werden. Der Hut und Rucksack lag in bester Ordnung ca. einen Meter von der rechten Fußsohle entfernt an einem kleinen Bäumchen. In der Umgebung waren keine Fuß- oder Schleifspuren oder sonstige Kampfmerkmale zu bemerken. Es fehlten bei der Leiche die erwähnten einkassierten 1500 Rm. W., der ständig sonst bei Dienstgängen eine Waffe (eine DWM-Pistole) bei sich getragen haben soll, hatte bei der Auffindung keine solche bei sich, auch fehlte der Stock und die Uhr. Gerade die Feststellung, daß am Tatort keine Waffe vorhanden war, mußte in erster Linie unter Berücksichtigung der fehlenden Geldsumme den Eindruck eines R a u b m o r d e s hervorrufen. Die Leiche selbst zeigte einen Schädeldurchschuß von hinten nach vorne. Eine Blutstraße führte vom linken Mundwinkel über die Wange nach dem linken Ohr und am rechten Nasenloch begann eine zweite, die am rechten inneren Augenwinkel vorbei über die Stirne führte. Diese Blutstraßen waren mit der Lagerung der Leiche, als sie aufgefunden wurde, wohl

erklärlich. Nach mühseligem Suchen im lockeren Waldboden eingebettet, fand die Mordkommission links von der ausgestreckt liegenden Leiche eine ausgeworfene Messing-Patronenhülse von 7,65 mm Kaliber.

Die Todesursache war leicht festzustellen, es handelte sich um eine Gehirnzertrümmerung durch Schuß in den Hinterkopf. Direkt am Hinterschädel, noch außerhalb der Haargrenze, war der Einschuß gelegen; das Geschoß hatte unter starker Sprengwirkung des Schädeldaches und -grundes, leicht nach links und oben ansteigend den Gehirnschädel durchdrungen und ihn oberhalb des linken Stirnhöckers wieder verlassen und hier eine schlitzförmige, etwa 1 cm lange Ausschußöffnung mit leicht gequetschten Rändern verursacht. Es mußte als absolut sicher angenommen werden, daß der Schuß eine sofortige Handlungsunfähigkeit des Getroffenen bewirkt hatte.

Die obduzierenden Ärzte hatten sich gemeinsam nach allen diesen Befunden für fremdes Verschulden ausgesprochen. Nach der Sektion wurde der abgenommene Schädel dem hiesigen Ger.-med. Institut zur Begutachtung übergeben.

Man fand eine horizontal gestellte Berstungswunde, eine Haarversengung war nicht vorhanden. Dagegen zeigte sich in der ganzen Schußwunde und Schußkanal reichlicher schwarzer Pulverschmauch. Das Einschußloch lag sehr tief, 4 cm vom Foramen magnum entfernt. Es handelte sich um einen absoluten Nahschuß. Das Institut gab auf Grund der Besichtigung gutachtlich die Äußerung ab, daß es sich um einen typischen absoluten Nahschuß handelte und daß somit „nach dem anatomischen Objekt" die Tötung durch dritte Hand durchaus nicht sicher war, wenn sie auch nicht ausgeschlossen werden konnte.

Fünf Tage später fanden spielende Kinder eine Pistole zwei Kilometer vom Tatort entfernt, von der sicher nachgewiesen werden konnte, daß die neben der Leiche gefundene Patrone aus ihr abgeschossen war. Diese konnte erst kurz vor der Auffindung niedergelegt worden sein, weil sie kaum Rostspuren zeigte und wenig äußere Verunreinigung, trotzdem es in den Tagen und in der Nacht vor der Auffindung geregnet hatte. Blut- oder Gehirnsubstanz war an der Waffe trotz sorgfältigster Untersuchung nicht zu finden.

Die Klärung dieses Falles brachte die Entdeckung der Mordkommission ein großes Stück weiter, daß sich an einem nahe den Füßen des Getöteten kleinen Tannenbaum ein ganz horizontaler Streifschuß fand, in Höhe 1,45 bis 1,47 Meter vom Boden.

Da der Erschossene 1,65 m groß war, durfte man annehmen, — man konnte das leicht durch geeignete Herstellung der Situation nachweisen — daß bei leicht nach vorne gebeugtem Nacken und stark gesenktem Kopf der Schuß, welcher in gerader Haltung des Schädels nach aufwärts ansteigend gewesen wäre, dann bei dieser geneigten Kopfhaltung durch den Gehirnschädel vollkommen horizontal hindurchlief.

Damit war die Sachlage mit einem Schlage geklärt, nämlich daß sich W. selbst erschossen habe, und zwar im Stehen mit gebeugtem Kopfe mittels Daumenabzug, wobei er den Kolben der Waffe nach oben gerichtet hatte; denn anders war es nicht möglich, daß die Patrone nach links ausgeworfen wurde. (Es handelte sich um einen Versicherungsbetrug.) Vermutlich hatte der älteste Sohn nach Vereinbarung mit dem Vater in jener Nacht die Pistole des Getöteten und dessen Geld an sich genommen.

(Landgericht Augsburg, Sekt.-Prot. E 597/33.)

Am 30. 5. 1933 vormittags sah der Flußmeister, der sich auf seiner Dienstreise dem Lechfluß entlang befand, in der Nähe bei Meitingen eine männliche Leiche auf der Kiesbank liegen. Mit Hilfe eines Fischers konnte er die Leiche aus dem strömenden Lech bergen.

Die äußere Besichtigung der Leiche, deren Persönlichkeit auf Grund der in den Kleidern gefundenen Ausweispapiere verlässig festgestellt werden konnte, zeigte im Genick beim Haaransatz eine kleine rundliche Öffnung der Haut.

Auf fernmündliches Ersuchen teilte die Polizeidirektion München mit, daß der Getötete A. P. längere Zeit in einem Hotel gewohnt habe und am 29. 5. 33 abends fernmündlich nach Augsburg gerufen worden sei. Der Umstand, daß der Verlebte nach Augsburg gerufen wurde und im Genick eine einschußähnliche Wunde aufwies, ließ die Vermutung aufkommen, daß er einem Verbrechen zum Opfer gefallen sei.

Schon vor der Verständigung mit der Polizeidirektion München hatte der Leichenschauer, der selbst schon die Wunde im Genick für einen Einschuß hielt, sich dahin geäußert, daß, wenn es sich wirklich um einen Einschuß handle, der Verlebte durch dritte Hand getötet sein müsse, denn ein Selbstmörder könne sich diesen Einschuß nicht beibringen.

Bei der gerichtlichen Sektion ergab die äußere Besichtigung eine 6 mm im Durchmesser betragende schlitzförmige Schußöffnung 4 cm unterhalb des Hinterhaupthöckers und 1 cm nach rechts davon. Die Hauträndер waren nach innen umgebogen und um den Hautdefekt fand sich ein 13 mm breiter und 15—16 mm hoher Hof von grauschwärzlicher Farbe. (Pulverschmauch.) Einzelne Einsprengungen von Pulverkörnern waren nicht sichtbar. 2 cm nach links und oben von der Schußwunde bemerkte man einen hellroten Flecken, der unscharf in die Umgebung überging. (Brandwirkung.) Eine Ausschußöffnung war nirgends zu finden. Über der Nasenwurzel und der Stirne sah man blaurote Flecken. Auf Einschnitten über diesen Flecken entdeckte man überall sulzige Durchtränkung und Blutkuchen im Unterhautzellgewebe. An den Händen konnte keine Pulverrauchschwärzung festgestellt werden. Schleifspuren am Körper und den Extremitäten waren nicht nachweisbar.

Bei der inneren Besichtigung zeigten sich über den beiden Stirnhirnen die weichen Hirnhäute in ganzer Ausdehnung mit einer dünnen Schicht geronnenen Blutes durchsetzt. In der linken Seitenkammer, sowie in der rechten war wenig flüssiges Blut. Die ganze Hirnbasis und die hintere Schädelgrube war fast völlig mit flüssigem Blut ausgefüllt. Nach Abziehen der harten Hirnhaut fand sich in der rechten Hälfte der hinteren Schädelgrube, dicht hinter dem Felsenbein, ein unregelmäßiger Defekt im Knochen von 2,5 cm Länge. Eine vorsichtig in den Hautdefekt vom Nacken her eingeführte Sonde führte mühelos in den beschriebenen Knochendefekt. Die Richtung der Sonde verlief von rechts vorne und etwas nach oben gegen die Mitte des rechten Felsenbeins. Die Hinterwand desselben war zertrümmert, im Innenohr flüssiges Blut. Unter ihr war ein Bleigeschoß gelegen, das an der einen Seite deformiert und zerrissen war.

Als Todesursache kam die Schußverletzung, die aus allernächster Nähe mit fast aufgesetzter Waffe abgegeben worden war und als mitwirkende Todesursache Erstickung durch Ertrinken in Frage. Auf das Vorderhaupt, Stirne und Nasenwurzel hatte eine stumpfe breite Gewalt eingewirkt, welche zur Durchblutung der Kopfschwarte und zu Blutaustritten in die beiden Seitenkammern und in die dritte Hirnkammer geführt hatte.

Der Zivilsenat des Oberlandesgerichtes München forderte Herrn Prof. Merkel zur Abgabe eines Gutachtens auf, ob nach dem Sektionsbefund mit Sicherheit oder doch höchster (hoher?) Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, daß A. P. seinen Tod nicht selbst „freiwillig" herbeigeführt habe.

Zur Lösung der vom Gerichte gestellten Fragen konnte aber der Leichenbefund allein nicht ausschlaggebend sein, da, wie Herr Prof. Merkel hervorhob, weder an der rechten noch an der linken Hand die charakteristischen Pulverrauchspuren, die wie hier bei der Verwendung eines Trommelrevolvers doch so häufig vorhanden sind, in diesem Falle nicht nachweisbar waren; sie hätten eine wesentliche Stütze für die Annahme eines Selbstmordes abgegeben, wenn auch ihr Fehlen eine Erschießung durch eigene Hand durchaus nicht ausschließe. An eine Erschießung durch dritte Hand könnte man unter den Umständen denken, daß der Täter ganz nahe an P. gestanden wäre und die Gelegenheit benutzt hätte, direkt an den Kopf desselben heranzukommen oder aber wenn er von P. zur Tötung aufgefordert worden wäre. Es ließe sich also allein auf Grund des Leichenbefundes das Gutachten nicht abgeben.

Unter Berücksichtigung der psychologischen Momente kam der Gutachter allerdings zur Überzeugung, daß sich P. das Leben genommen habe, um sich der Tilgung seiner ungeheuer angewachsenen geldlichen Verpflichtungen zu entziehen. Vielleicht mag auch noch die in Aussicht stehende Verbüßung seiner Strafe wegen Meineides ein auslösendes Moment gewesen sein.

(Ger.-med. Institut Leipzig, Greif Gert, Inaug.-Diss. Leipzig 1924.)

Der 62 Jahre alte Kaufmann H. wurde eines Morgens in seinem Kontor tot aufgefunden. Die Aufwartefrau, die jeden Morgen kam, um die Geschäftsräume zu reinigen, fand ihn auf der linken Seite liegend mit dem Kopfe an der Eingangstür, mit den Füßen nahe seinem Schreibpult. Rechts neben dem Toten lag die Waffe. Im ganzen Geschäftsraum war alles in schönster Ordnung, auf dem Pult lag eine goldene Uhr und ein Zettel, der nach Bestätigung der Schwestern H.'s von ihm selbst geschrieben war, auf dem er bat, ihn zu verbrennen und nichts von seinem Tode zu veröffentlichen. Seine Schwestern äußerten auch, daß er schwer krank und seit einiger Zeit schon lebensmüde gewesen sei.

Die Sektion ergab folgenden Befund:

In der rechten oberen Nackengegend, 3 cm nach rechts von der Mittellinie, 7 cm in horizontaler Richtung hinter dem Ansatz der rechten Ohrmuschelmitte, befand sich innerhalb der Haargrenze ein quer gestellter Hautdefekt von 15×10 mm Größe. Die Ränder zeigten fetzige Beschaffenheit und waren stark geschwärzt. Auf der linken Seite, 5 cm oberhalb des seitlichen Endes der Augenbrauen befand sich eine fingernagelgroße, braune Hauteintrocknung. Auf Einschnitt zeigte sich die Einschußstelle im Umkreis von Fünfmarkstückgröße von der Unterlage abgehoben und durch Pulverschmauch geschwärzt.

Das Schädeldach war bis zu 1 cm dick und enthielt spärliche Zwischenknochensubstanz. Das Geschoß war am rechten hinteren Pol des Kleinhirns eingetreten und lag stark deformiert in der Gegend der linken hinteren Zentralwindung. In der harten Hirnhaut der rechten hinteren Schädelgrube war ein Markstück großes Loch, ihm entsprechend im Knochen 15 mm nach rechts vom Hinterhauptkamm eine Pfennigstück große, scharfrandige, fast kreisrunde Öffnung: die Einschußstelle. Unmittelbar vor dieser war die Innenfläche des Knochens in Fingernagelgröße schwarz gefärbt.

Hier konnte auf Grund der gerichtlichen Sektion die Behauptung aufgestellt werden, daß es sich zweifellos um einen Schuß mit aufgesetzter Waffe handelte. Damit war auch die Schußrichtung in Einklang zu bringen: Der Selbstmörder hatte wahrscheinlich unter Drehung des Kopfes nach links die Waffe schräg auf den Hinterkopf aufgesetzt. Außerdem ließ der Lokalbefund nicht im geringsten einen Zweifel an einem Selbstmord aufkommen.

(Aus dem Ger.-med. Institut Wien Haberda, Vierteljahresschrift f. ger. Medizin, 3. Folge, Band 5, Seite 321, 1893.)

In der Sammlung des Ger.-med. Institutes zu Wien findet sich auch ein Schädel von einem Selbstmörder mit Einschuß hinter der Basis des rechten Warzenfortsatzes. Der Knochen zeigt eine 7—8 mm weite Öffnung mit deutlich abgeschrägten Rändern.

(Aus dem Ger.-med. Institut Wien Haberda, Vierteljahresschrift f. ger. Medizin, 3. Folge, Band 5, Seite 321, 1893.)

Ein zweiter Schädel findet sich ebendort, der von einem jungen Menschen stammt und eine Einschußöffnung gerade am rechten Tuber parietale zeigt. Er hatte sich diese Schußverlet-

zung beigebracht, nachdem er zuvor seine Geliebte erschossen hatte. Eine nähere Beschreibung dieser beiden Selbstmordfälle liegt nicht vor.

(Aus dem Ger.-med. Institut München, Ger.-Sektion v. 23. 5. 24.)

Am 23. 5. 1924 wurde G. J. aus D. in die Chirurgische Klinik eingeliefert und starb auf dem Operationstisch. Durch die Erhebungen konnte festgestellt werden, daß er Selbstmord verübt haben soll durch einen Pistolenschuß (Browning 6,35 mm) in das Tuber parietale.

Die S e k t i o n ergab folgenden Befund:

Die beiden Hände der Leiche zeigten keine stärkere Beschmutzung mit schwarzem abwischbarem Pulverrauch, insbesondere fehlte eine solche an der rechten Hand. Es war allerdings eine geringe etwas dunklere Färbung in der Falte zwischen Daumen und Zeigefinger beiderseits zu sehen, aber eine richtige Rauchschwärzung war nicht vorhanden. Eine ähnliche Beschmutzung fand sich auch auf der Beugeseite des linken Zeigefingers. Die rechte Schädelhälfte war rasiert, in den beiden Ohrmuscheln fand sich etwas eingetrocknetes Blut, in der rechten waren einige schwärzliche Partikelchen gefunden worden, welche aber bei der chemischen Untersuchung eine Pulverreaktion nicht ergaben. 7 cm über dem rechten Ohrmuschelansatz sah man eine kleine Öffnung, deren Ränder etwas gequetscht waren. Beim Abschaben der Weichteile zeigte sich gerade über der Höhe des rechten Scheitelbeinhöckers eine fast runde Öffnung, vollkommen scharfrandig. Etwas nach hinten vom linken Scheitelbeinhöcker und etwas nach unten fand sich eine etwa markstückgroße Knochenabsprengung, die im vorderen Teil klappenförmig klaffte. Der Durchschuß ging durch die beiden Hemisphären hindurch. Das Geschoß fand sich hinten an der Spitze des Hinterhauptlappens in dem dort angesammelten Blut frei vor. Die Hirnkammern wurden durch den Schuß nicht eröffnet.

Der Tod war verursacht durch Hirnlähmung nach Durchschuß. Im vorläufigen Gutachten wurde diese Einschußstelle allerdings als etwas ungewöhnlich bezeichnet, dagegen war die Richtung mit dem Schuß von der rechten Hand aus wohl erklärlich. Eine Pulverschwärzung an der rechten Hand war nicht vorhanden, bei einem Pistolenschuß auch nicht zu erwar-

ten. Infolge des Rasierens und der Beseitigung der immerhin dichten Haare ließ sich aus dem Sektionsbefund allein ein Schluß nicht ziehen, aus welcher Entfernung der Schuß abgefeuert wurde.

Eine wesentliche Erleichterung der Tätigkeit des Gerichtsarztes würde in solchen Fällen, wo noch eine chirurgische Wundversorgung vorgenommen wird, eine genaue Aufzeichnung des äußeren Befundes an der Einschußstelle bedeuten. Denn dieser Fall zeigt recht deutlich, wie durch mechanische Beseitigung der Nahschußmerkmale eine exakte Diagnose manchmal unmöglich gemacht werden kann.

(Aus Vierteljahresschrift f. ger. Medizin, Suppl.-Band 19, S. 63, 1900.)

Ein weiterer Selbstmord mit Einschuß in der Höhe des Scheitelbeins wurde von S c h ä f e r im Zusammenhange mit einer Zusammenstellung der Einschußöffnungen am Schädel erwähnt. S c h ä f e r berichtet, daß der Selbstmord von einem Soldaten mit einem Karabiner ausgeführt worden sei.

(Aus dem Ger.-med. Institut München, Ger.-Sektion 148/37.)

Am 23. 4. 1937 wurde im Ger.-med. Institut zu München die g e r i c h t l i c h e S e k t i o n des 44 Jahre alten M. H. durchgeführt, der nach den Erhebungen der Gendarmeriestation in A. am Vormittag des 22. 4. 1937 infolge eines Nervenleidens in selbstmörderischer Absicht sich in seinem Zimmer einen Schuß auf die Scheitelhöhe im Bereich einer alten Kriegverletzung beigebracht hatte. Pulvereinsprengungen oder Versengung der Härchen waren nicht mit Sicherheit an der Einschußstelle zu erkennen. Der Einschuß lag im Bereich einer alten, von Narbengewebe und Weichteilen bedeckten nußgroßen Knochenlücke auf der Scheitelhöhe. Die ganze Füllmasse des Defektes zeigte eine sulzige blutige Durchtränkung. Der Schußkanal verlief durch die rechten Stammganglien und durch den rechten Schläfenlappen. Die Kugel lag in den durchbluteten Weichteilen innen vom rechten Unterkieferast. Es fand sich geronnenes Blut in den rechten Hirnkammern und in der vierten Hirnkammer.

Der Tod des Mannes war nach dem Sektionsbefunde zustande gekommen durch Gehirnlähmung, infolge eines die rechte Hirnhalbkugel vollständig durchsetzenden Schusses. Aus der Tatsache, daß diese Schußverletzung gerade im Bereiche eines

durch eine Kriegsverletzung (Tangentialschusses) bedingten narbigen Schädeldachdefektes als Einschußstelle lag, wurde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gefolgert, daß sich der Verstorbene diese Schußverletzung selbst beigebracht habe — so ungewöhnlich an sich diese Einschußstelle für einen Selbstmord sei. Die vorgefundene Bleikugel von Kaliber 5 mm gestattete auch den Schluß, daß es sich um einen Schuß aus einer Flobertwaffe gehandelt haben muß.

Auf Anfragen bei der Gendarmeriestation in A. wurde bestätigt, daß es sich um einen Flobertstutzen (Kaliber 6 mm) handelte. Die Gesamtlänge des Stutzens beträgt 1,03 m, der Lauf selbst 60 cm und die Länge von Laufmündung bis zum Abzugsbügel beträgt 68½ cm.

Versuche ergaben, daß es ohne Inanspruchnahme besonderer Vorrichtungen möglich war, sich auf die angeführte Art zu verletzen. Es wurde in dem Zimmer des Getöteten nicht das Geringste gefunden, was darauf schließen ließe, daß sich M. eines Gegenstandes wie Stock, Schnur und dergleichen bedient hätte.

(Aus dem Ger.-med. Institut München, Sekt.-Bericht v. 6. 9. 27.)

Der Zahnarzt V. M. wurde am 6. 9. 1927 vormittags erschossen in einem Gebüsch des Englischen Gartens in München aufgefunden. Neben ihm lag eine Browning 7,65 mm, angeblich mit „fünf scharfen" Schüssen und einer abgestoßenen Patronenhülse.

Die Obduktion, die am Tag darauf vorgenommen wurde, ergab folgenden Befund:

Am rechten Daumen, an seiner Außenseite neben dem Nagel hatte der Tote eine rundliche mohngroße Wunde, aus welcher Blut ausgetreten und angetrocknet war. Die Wunde zeigte einige kleine Aufreißungen am Wundrand. Am linken Zeigefinger, und zwar an der radialen Seite des Nagels befand sich ebenfalls ein halbmondförmiger Defekt unten vom Nagelbett beginnend bis fast zur Spitze hinauf. Dieser Defekt zeigte bei Lupenbetrachtung an seinem äußeren Rand eine Reihe rißartiger Begrenzungsspalten. In dieser Wunde waren keine Einsprengungen von Pulverteilchen zu sehen. Im Spalt zwischen linkem Daumen und Zeigefinger war ein deutlicher hauchförmiger, schwärzlicher Anflug und im Daumenspalt einige

kleine schwarze Körnchen (Pulver) ohne Verletzungen an diesen Stellen sichtbar. Aus den an beiden Händen vorgefundenen Verletzungen und Rauchschwärzungen schien es mit größter Wahrscheinlichkeit hervorzugehen, daß der Selbstmörder in der bekannten Weise mit dem rechten Daumen abgezogen hatte und gleichzeitig mit der linken Hand (als Haltehand) die Laufmündung der Pistole an den Schädel gedrückt haben dürfte. Zweifingerbreit oberhalb und etwas nach hinten vom oberen rechten Ohrmuschelansatz (s. Zeichnung im Sekt.-Prot.) fand sich eine etwa erbsengroße, horizontal gestellte, mit schwärzlichen, zum Teil geronnenen Blut gefüllte Einschußöffnung, in der sich schon einzelne Maden fanden. Die Umgebung zeigte keine Versengung der Haare, dagegen war der Haargrund ringsum deutlich rauchgeschwärzt. Hinter dem linken Ohr etwas über dem Gehöreingang lag ein Hautloch, die Ausschußöffnung. Der Schußkanal durchsetzte den unteren Teil des Schläfenlappens, drang in die Brücke ein und noch in die linke Hälfte des Kleinhirns.

Hier konnte die Sektion durch den Nachweis der charakteristischen Verletzungen an der Schuß- und Haltehand eine Tötung durch fremdes Verschulden ausschließen.

(Aus dem Ger.-med. Instit. München, Sekt.-Prot. v. 19. 8. 1929.)

Der Schofför H. Ö. aus Berlin, 39 Jahre alt, wurde durch die Polizeidirektion München anscheinend wegen geistiger Störung der Psychiatrischen Klinik überwiesen. Er kam mit den Wärtern ins Bad, verlangte dort auf den Abort und schoß sich hier eine Kugel durch den Kopf. Die Pistole war offenbar weder von der Polizei noch von den Wärtern gefunden und daher auch nicht abgenommen worden. Der Tote trug ein Notizbuch mit Aufzeichnungen bei sich. Aus diesen war zu entnehmen, daß der Mann an Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen litt.

Bei der Sektion ergab sich ein rundlicher Einschuß an der rechten Kopfseite, zwei Querfinger hinter und oberhalb der rechten Ohrmuschel mit etwa markstückgroßer Pulverrauchschwärzung der Umgebung. Die Kugel hatte die rechte Schläfenschuppe, den rechten Schläfenlappen und die rechtsseitigen Zentralganglien durchbohrt. Die Kugel verursachte einen kanalförmigen Durchschuß entlang der Hinterwand der linken Felsenpyramide und durchschlug noch die Squama temporalis der linken Seite. Sie bewirkte eine hochgradige Sprengung des knöchernen Schädels, besonders der Basis.

Auch dieser Fall war als Selbstmord völlig sichergestellt.

Bei der Schilderung der Selbstmordfälle mit Einschuß in die hintere Schädelhälfte wurde stets ausführlich dargelegt, worauf es bei der Lösung dieser schwierigen Probleme ankam. Es wurde schon eingangs erwähnt, daß ein einseitiges Vorgehen, das entweder nur den Lokalbefund oder nur die Sektion oder die psychologischen Beweggründe zur Ausführung der Tat ins Auge faßt, nie zu einem befriedigenden Resultat führen kann, wenn auch manchmal je nach Lage des Falles einer von diesen Untersuchungsmethoden eine größere Bedeutung zukommt.

Ein enges Zusammenarbeiten der gerichtlichen Mediziner und der Polizeiorgane ist aber im allgemeinen die beste Gewähr für eine erfolgreiche Ausführung der ihnen gemeinsam gestellten Aufgaben; denn ihre Feststellungen müssen sich gegenseitig ergänzen und Ausgangspunkt sein für weitere Folgerungen bei der Rekonstruktion des Tatbestandes. Daß diese enge Zusammenarbeit große Erfolge aufzuweisen hat, äußert sich nicht nur in den einzelnen aufgeführten Fällen, sondern auch in der Statistik. Es konnten nämlich auf diese Weise in 18 Fällen einwandfrei Selbstmord nachgewiesen werden. In drei weiteren Fällen wurde mit hoher Wahrscheinlichkeit Selbstmord angenommen und nur zweimal war eine endgültige Entscheidung ob Selbstmord oder Mord unmöglich. Die Selbstmordversuche kommen hier nicht in Betracht. Die schwierigste Aufgabe stellen — wie Beispiele zeigen — diejenigen Fälle dar, wo es sich um einen beabsichtigten Selbstmord oder Unfall auf der Jagd gehandelt haben könnte. Da hier aus vorhandenen Nahschußzeichen und aus den Befunden am Tatort kein sicherer Schluß gezogen werden kann, so bleibt oft nur auf Grund der psychologischen Beweggründe (schlechte finanzielle Verhältnisse einerseits und hohe Lebensversicherung anderseits) eine Vermutung auf Selbstmord übrig.

Zum Schlusse der Arbeit möchte ich nicht versäumen, meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. H. Merkel für die Überlassung der Arbeit und die Übernahme des Referates meinen Dank auszusprechen.

Tag der mündlichen Prüfung am 21. Juni 1937.

Verzeichnis der aufgeführten Fälle.

Seite 6 Mehrere Einschüsse in den Hinterschädel, Gutachten von Coutagne (Virchow-Hirsch: Jahresbericht über Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin, Seite 469 XIX. Jahrgang, Berlin 1885, Verlag von August Hirschwald).

Seite 15 Einschuß hinter dem Ohr (Groß, Kriminal. Stellung und Tätigkeit des Arztes, Wien und Leipzig 1908).

Seite 17 Einschuß über dem rechten Scheitelhöcker (Ger. med. Institut München, Ger. Sektion vom 14. 7. 1932).

Seite 18 Jagdunfall (?), Einschuß an der Nackenhaargrenze. Obergutachten von H. Prof. Merkel (Ger. med. Institut München 207/31).

Seite 19 Jagdunfall (?), Einschuß an der Hinterhauptsschuppe. (Gutachten von H. Prof. Merkel, München, für die Versicherungsgesellschaft „Zürich").

Seite 22 Obergutachten von H. Prof. Straßmann, Berlin, Einschuß in das linke Hinterhauptsbein (Rehberg, Vierteljahrsschrift für die ger. Medizin, Band 39, Seite 306, 1910).

Seite 23 Tötung auf Verlangen? Einschuß 8 cm über und etwas hinter der Mündung des äußeren Gehörganges (Weimann, Arch. Kriminol., Band 90, Seite 111, 1932).

Seite 29 Einschuß in der rechten Occipito-Temporalgegend, mitgeteilt von Hans Brun (P. v. Bruns Beiträge z. kl. Chirurgie, Band 38, Seite 192, herausgegeben im März 1903).

Seite 29 Einschüsse hinter und oberhalb der rechten Ohrmuschel, mitgeteilt von Bestelmeyer (P. v. Bruns Beiträge zur kl. Chir., Band 55, Seite 637, herausgegeben im Oktober 1907).

Seite 30 Einschuß 6—7 cm nach oben und hinten vom oberen hinteren Rande des äußeren Gehörganges (Christiansen, Wiener med. Blätter, 1902, Nr. 43—44).

Seite 31 Einschuß am rechten Tuber parietale (Westermann, Inaug.-Diss., Kiel 1901).

Seite 31 Einschuß 15 mm oberhalb der Spitze der Lambdanaht (Maschka, Prager med. Wochenschrift, 1884, Nr. 17).

Seite 33 Mehrere Einschüsse in den Hinterschädel (Ger. med. Institut München, Ger. Sektion vom 31. 5. 27).

Seite 35 Einschuß in den Hinterkopf, Haberda (Vierteljahresschrift f. d. ges. ger. Medizin, Band 39, Seite 306, 1910).

Seite 36 Einschuß nahe der Nacken-Haargrenze K r a t t e r (Lehrbuch f. d. ger. Medizin, 2. Teil, Seite 213).

Seite 36 Einschuß ins Hinterhauptbein, M a s c h k a (Wiener med. Wochenschrift 1871, Nr. 33 und 37).

Seite 37 Einschuß ins Hinterhaupt, Professor Gerhard R o o k s, (Archiv Kriminol, Band 96, Seite 157—162).

Seite 39 Einschuß in den Hinterkopf, Prof. Gerhard R o o k s (Archiv Kriminol., Band 96, Seite 157—162).

Seite 40 Einschuß in den Hinterkopf, Prof. M e r k e l (Deutsche Zeitschrift f. d. ges. ger. Medizin, Band 20, Seite 332).

Seite 42 Einschuß ins Hinterhaupt (Landgericht Augsburg, Sekt. Prot., E 597/33).

Seite 44 Einschuß ins Hinterhaupt, G r e i f Gert (Inaug.-Diss. Leipzig, 1924).

Seite 45 Einschuß hinter der Basis des rechten Warzenfortsatzes. H a b e r d a (Vierteljahresschrift f. d. ger. Medizin, 3. Folge, Band 5, Seite 321, 1893).

Seite 45 Einschuß ins Tuber parietale, H a b e r d a (Vierteljahresschrift f. d. ger. Medizin, 3. Folge, Band 5, Seite 321, 1893).

Seite 46 Einschuß über der Höhe des rechten Scheitelbeinhöckers (Ger. med. Institut München, ger. Sekt. vom 23. 5. 24).

Seite 47 Einschuß in der Höhe des Scheitelbeins, S c h ä f e r (Vierteljahresschrift f. ger. Medizin, Suppl.-Band 19, Seite 63, 1900).

Seite 47 Einschuß auf der Scheitelhöhe (Ger. med. Institut München, Ger. Sektion 148/37).

Seite 48 Einschuß zweifingerbreit oberhalb und etwas nach hinten vom rechten oberen Ohrmuschelansatz (Ger. med. Institut München, Sektionsbericht vom 6. 9. 27).

Seite 49 Einschuß zwei Querfinger hinter und oberhalb der rechten Ohrmuschel (Ger. med. Instit. München, Sekt.-Prot. vom 19. 8. 1929).

Inhaltsangabe.

A. Einleitung:
Allgemeine Ausführungen über den Selbstmord

a) Selbstmordhäufigkeit in Deutschland vom Jahre 1913 bis 1933

b) Gründe für die Zunahme des Selbstmordes durch Erschießen

c) Motive zur Ausführung der Tat, Wahl der Einschußstelle

d) Verteilung derselben auf den Vorder- und Hinterschädel und ihre Beurteilung in ger.-med. Hinsicht

B. a) Statistische Belege für die Seltenheit der Hinterschädelschüsse

b) Bedeutung der Feststellung ob Selbstmord, Tötung durch dritte Hand für die öffentliche Rechtspflege

c) Grundlagen für die Klärung dieser zweifelhaften Selbstmordfälle:

1. Sektion

2. Feststellung am Tatort

3. Psychologische Beweggründe für die Ausführung der Tat

4. Beweiskraft dieser Untersuchungsmethoden

5. Abhängigkeit der Wirkung der Hinterschädelschüsse von der Beschaffenheit des Schädeldaches und von der Anwendung und Art der Waffe; Folge für die Handlungsfähigkeit

6. Motive zur Wahl dieser eigenartigen Einschußstellen

7. Anführung der einzelnen Fälle

C. Zusammenfassung:

Zusammenfassendes Urteil über die Möglichkeit einer Entscheidung ob Selbstmord und Mord bei Hinterschädelschüssen.

Literaturverzeichnis.

Schäfer, Tod durch Erschießen vom gerichtsärztlichen Standpunkte, Vj. Sch. f. d. ger. Med., Supplementband 19, S. 63, 1900.

Pfeiffer, Über den Selbstmord. Verlag Fischer, Jena, 1912.

Haberda, Über atypische Einschußöffnung bei Selbstmord durch Schuß in den Kopf. Vj. Sch. f. d. ger. Med., 3. Folge, Band 5, Seite 321, 1893.

Meixner, Schußverletzungen durch Handfeuerwaffen. Archiv Kriminal. Band 75, Heft 2, Seite 81—108, 1923.

Meixner, Ein- und Ausschuß bei Schußverletzungen. D. Zeitschrift f. d. ges. ger. Med., Band 1, Seite 151, 1922.

Statistik des deutschen Reiches, Band 316, Seite 34, Berlin 1926. Verlag von Reimar Hobbing in Berlin SW 61.

Statistik des deutschen Reiches, Band 441. Die Bewegung der Bevölkerung 1931, Seite 105, Verlag von Reimar Hobbing, Berlin 1934.

Wirtschaft und Statistik. Herausgegeben vom Statistischen Reichsamt 15, Jahrgang 1935, Seite 890—891, Berlin, Verlag für Sozialpolitik, Wirtschaft und Statistik G.m.b.H.

Maschka, Prager med. Wochenschrift, 1884, Nr. 17.

Groß, Kriminalistische Stellung und Tätigkeit des Arztes, Wien und Leipzig 1908.

Groß-Höpler, Handbuch für Untersuchungsrichter. München-Berlin-Leipzig 1922. Verlag J. Schweitzer.

Lehrbuch für ger. Medizin von Kratter, Stuttgart 1910.

Hoffmann-Haberda, Lehrbuch f. ger. Medizin. Wien-Berlin 1927.

Rehberg, Selbstmord durch Erschießen mit abnormer Einschußöffnung Vj. Sch. f. d. ger. Medizin, Band 39, Seite 306, 1910.

Goroncy, Handlungsfähigkeit Kopfschußverletzter. D. Z. Sch. f. d. ges. ger Medizin, Band 4, Seite 145, 1924.

Rodrich von Ungern-Sternberg, Ursachen der Steigerung der Selbstmordhäufigkeit in Westeuropa während der letzten hundert Jahre. Monographie. Berlin, Rich. Schötz, 1935.

Erich Fritz, D. Z. Sch. f. ges. ger. Medizin, Band 23, 1934, S. 289.

Rooks, Lage der Einschußwunde bei Selbstmord und Mord. Archiv Kriminol., Band 96, Seite 157, 1935.

Bestelmeyer, P. v. Bruns, Beiträge z. kl. Chir., Band 55, Seite 637, herausgegeben im Okt. 1907.

Brun, Hans, Der Schädelverletzte und seine Schicksale. P. v. Bruns Beitr. z. kl. Chir., Band 38, S. 192, Fall 63, herausgegeben im März 1903.

Greif Gert, Die gerichtsärztliche Beurteilung von Schußverletzungen am Hinterkopf in zweifelhaften Selbstmordfällen. Inaug.-Diss. Leipzig 1924 (nicht im Druck erschienen).

Förster, Diss. über Doppelschädelschüsse, Berlin 1888.

Litthauer, Die gerichtsärztliche Beurteilung der Schußwunden des Kopfes. Vj. Sch. f. d. ger. Med., 3. Folge, Band 6, 1893.

Fränkel, Über Nahschußerscheinungen, insbesondere der Browningpistolen. Vj. Sch. f. ger. Med., Supplementband 43, S. 154, 1912.

Merkel, Über einen als Raubmord vorgetäuschten höchst eigenartig gelagerten Fall von Selbstmord. D. Z. Sch. f. d. ges. ger. Medizin, Band 20, Seite 332, 1932.

Merkel und Walcher, Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik, besonders auf dem Gebiete der behördlichen Sektion. Verlag von S. Hirzel in Leipzig, 1936.

Ell, Über das Vorkommen von Pulverrauchschwärzungen an den Händen von Selbstmördern. Inaug.-Diss. München, 1934.

Mueller, Untersuchungen über die Befunde an der Schußhand nach Abgabe von Schüssen mit Trommelrevolvern. D. Z. Sch. f. d. ges. ger. Medizin, Band 27, Heft 3, Seite 149, 1936.

Walcher, Ermittlung der Schußwaffe aus den Schußspuren an der Leiche. Mord oder Selbstmord? Archiv Kriminol., Band 90, Heft 1 u. 2, Seite 16.

Lebenslauf.

Bin in Augsburg am 17. März 1911 geboren. Im Jahre 1922 trat ich in das Humanistische Gymnasium St. Stephan in Augsburg ein und erhielt dort im Jahre 1931 meine Reife. Die ersten Semester meines Medizinstudiums verbrachte ich in Erlangen, die übrigen in München. Hier legte ich im Jahre 1937 mein ärztliches Staatsexamen ab. Zurzeit befinde ich mich als Volontärarzt an der Chirurgischen Universitäts-Klinik in München.